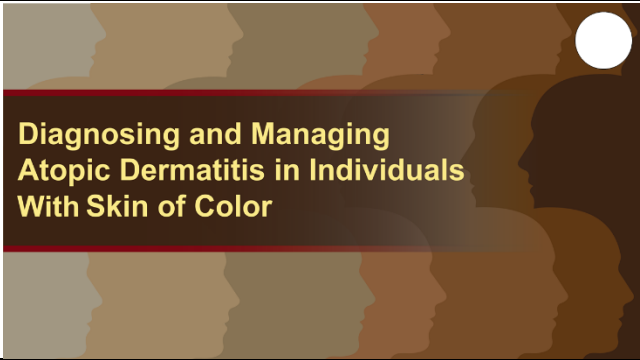
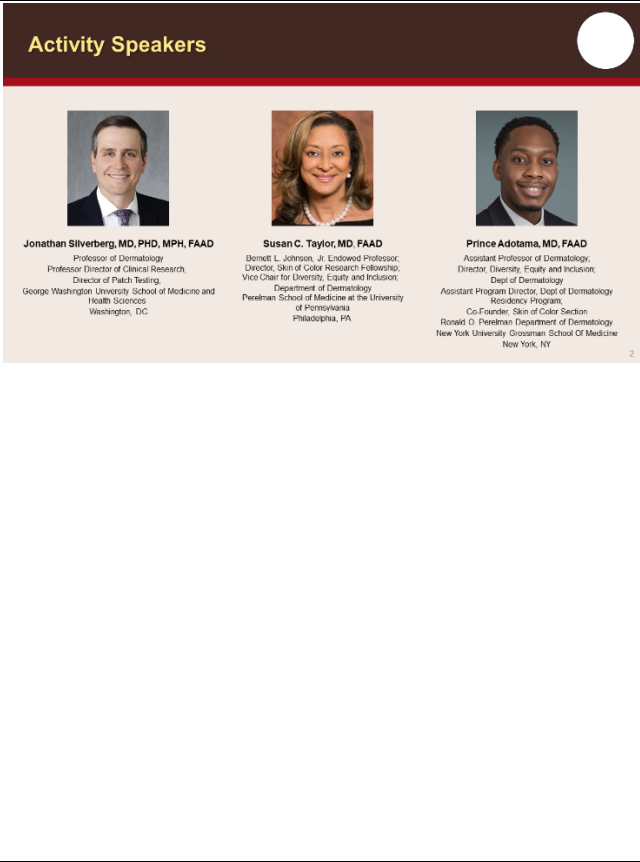
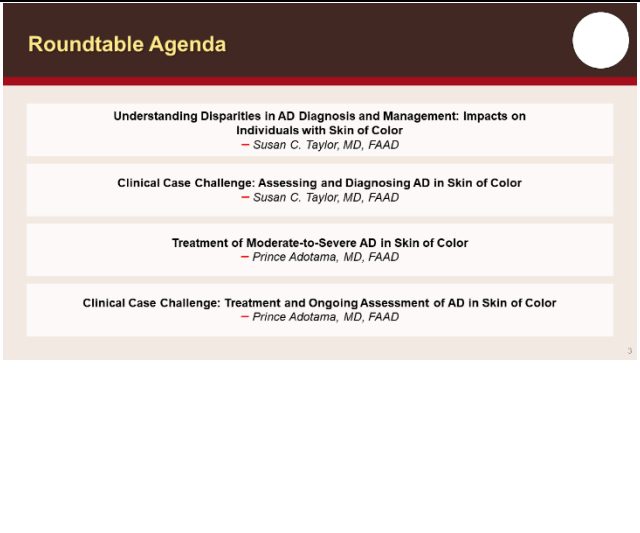


# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

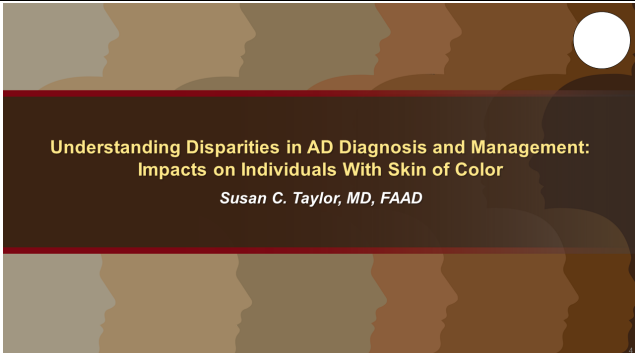

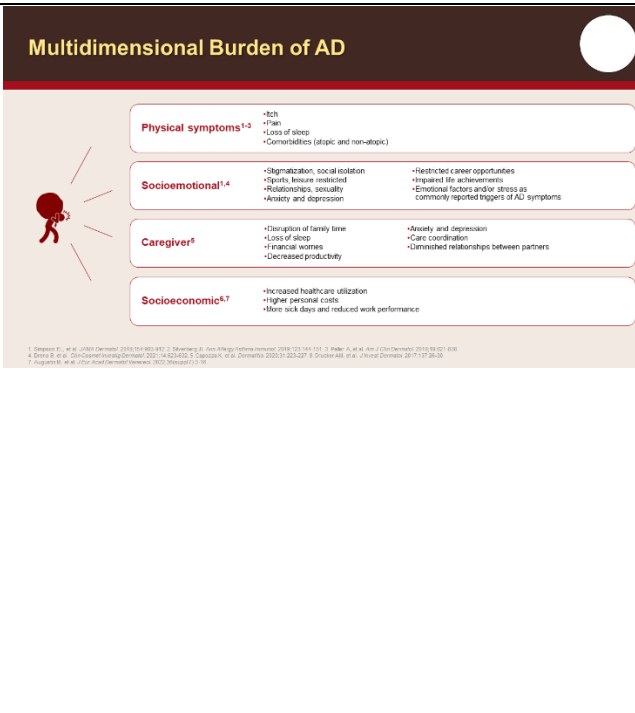
Impatti su individui con pelle di colore

1.		Benvenuti in Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore.
2.	 <p><b>Activity Speakers</b></p> <p><b>Jonathan Silverberg, MD, PHD, MPH, FAAD</b> Professor of Dermatology Professor Director of Clinical Research Director of Patch Testing George Washington University School of Medicine and Health Sciences Washington, DC</p> <p><b>Susan C. Taylor, MD, FAAD</b> Bernett L. Johnson, Jr. Endowed Professor, Director, Skin of Color Research Fellowship, Vice-Chair for Diversity, Equity and Inclusion, Department of Dermatology Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania Philadelphia, PA</p> <p><b>Prince Adotama, MD, FAAD</b> Assistant Professor of Dermatology, Director, Diversity, Equity and Inclusion, Dept of Dermatology Assistant Program Director, Dept of Dermatology Residency Program Co-Founder, Skin of Color Section Ronald O. Perleman Department of Dermatology New York University Grossman School Of Medicine New York, NY</p>	Dott. Jonathan Silverberg. Sono Professore di Dermatologia e Direttore della Ricerca Clinica presso la George Washington University School of Medicine and Health Sciences, e sono lieto di unirmi oggi alla Dott.ssa Susan Taylor, Professoressa con il titolo di Burnett Johnson Jr. Endowed Professor, Direttrice del Programma di ricerca accademica Skin of Color Research Fellowship, Vicepresidente del Programma per la diversità, l'equità e l'inclusione (Diversity, Equity and Inclusion) presso il Dipartimento di Dermatologia della Perelman School of Medicine dell'Università della Pennsylvania a Filadelfia; e al Dott. Prince Adotama, Assistente professore di Dermatologia, Direttore del Programma per la diversità, l'equità e l'inclusione presso il Dipartimento di Dermatologia e Responsabile del programma di formazione post-laurea del Dipartimento di Dermatologia e co-fondatore della Sezione dedicata alla pelle di colore presso il Dipartimento di dermatologia Ronald O. Perelman, della New York University Grossman School of Medicine di New York.
3.	 <p><b>Roundtable Agenda</b></p> <p><b>Understanding Disparities in AD Diagnosis and Management: Impacts on Individuals with Skin of Color</b> - Susan C. Taylor, MD, FAAD</p> <p><b>Clinical Case Challenge: Assessing and Diagnosing AD in Skin of Color</b> - Susan C. Taylor, MD, FAAD</p> <p><b>Treatment of Moderate-to-Severe AD in Skin of Color</b> - Prince Adotama, MD, FAAD</p> <p><b>Clinical Case Challenge: Treatment and Ongoing Assessment of AD in Skin of Color</b> - Prince Adotama, MD, FAAD</p>	Oggi affronteremo come primo argomento la comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della dermatite atopica e l'impatto su individui con pelle di colore. E questo punto sarà affrontato dalla Professoressa Taylor. Poi ci sarà una discussione di casi clinici che affronterà la valutazione e la diagnosi della dermatite atopica nella pelle di colore, guidata dalla Dott.ssa Taylor; e poi il Dott. Adotama affronterà il trattamento della dermatite atopica da moderata a grave nella pelle di colore. Ed infine presenteremo altri casi clinici per discutere del trattamento e della valutazione in itinere della dermatite atopica in soggetti con pelle di colore.

# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

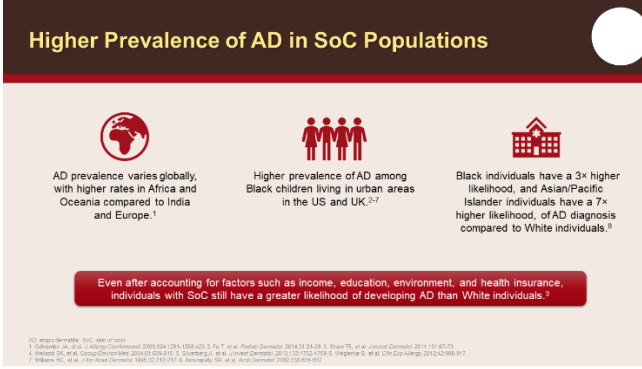
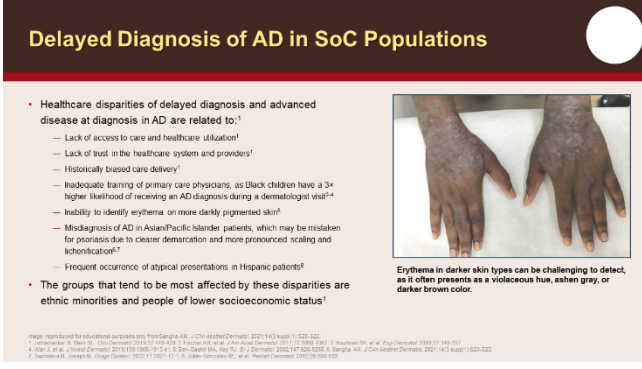
Impatti su individui con pelle di colore

<p>4.</p>		<p>Sono lieto di passare la parola alla Professoressa Taylor per la prima presentazione.</p> <p>Grazie mille, Dott. Silverberg. È per me un grande piacere parlare delle disparità nella diagnosi e nella gestione della dermatite atopica, in particolare per quanto riguarda gli individui con pelle di colore.</p>
<p>5.</p>		<p>Sappiamo tutti che la dermatite atopica è una malattia infiammatoria della pelle cronica e recidivante. Anche se colpisce gli adulti, si verifica molto più frequentemente nei bambini. La prevalenza varia tra il 15% e il 30% nei bambini e tra il 2% e il 10% degli adulti a livello globale. È importante sottolineare che si tratta davvero di una patologia con incidenza a livello globale. La patogenesi della dermatite atopica è piuttosto complessa e comporta un'interazione di fattori genetici, immunologici e ambientali. E tutti questi portano a una barriera cutanea disfunzionale e a una disregolazione immunitaria. Esistono diverse comorbidità associate alla dermatite atopica. Conosciamo tutti molto bene le condizioni allergiche correlate alla dermatite atopica, l'asma e la febbre da fieno, ma anche le infezioni, i disturbi autoimmuni, i disturbi della salute mentale, le condizioni metaboliche e le malattie cardiovascolari come l'ipertensione.</p>
<p>6.</p>		<p>Quindi, l'impatto della dermatite atopica è piuttosto multidimensionale. Ci sono sintomi, sintomi fisici che includono prurito, dolore, perdita di sonno e, naturalmente, le suddette comorbidità. Ci sono inoltre carichi socio-emotivi associati alla dermatite atopica. C'è molta ansia e depressione in questi pazienti perché questo disturbo influisce profondamente sulla qualità della vita. I pazienti sono costretti a limitare le proprie attività ricreative e sportive. Vengono limitati nella loro capacità di uscire all'aperto, ad esempio, quando fa molto caldo. Le loro relazioni vengono profondamente influenzate; e parliamo di relazioni intime e di relazioni con i figli, se sono caregiver. La dermatite atopica può anche limitare le opportunità professionali e, quindi, compromettere il conseguimento dei propri obiettivi nella vita. E, se pensiamo ai nostri caregiver, c'è molta ansia e depressione</p>

# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>in loro. Si trovano spesso a dover coordinare le cure. Anche loro, proprio come il figlio o la figlia, ad esempio, perdono il sonno, si assentano dal lavoro e possono avere notevoli oneri finanziari che gravano sulle loro spalle. L'intera struttura familiare e il tempo trascorso con la famiglia possono essere sconvolti. Naturalmente, ci sono anche considerazioni socioeconomiche. C'è un maggiore utilizzo del sistema sanitario nei pazienti con dermatite atopica. Ci sono costi personali più elevati, rappresentati da un aumento del ticket quando vanno dai medici o si sottopongono a trattamenti. E ovviamente, nel caso degli adulti, perdono più giorni di lavoro e prendono più giorni di malattia. E sono costretti a ridurre le prestazioni lavorative. Quindi, ci sono pesanti fardelli per i nostri pazienti con dermatite atopica su più dimensioni.</p>
7.	 <p><b>Higher Prevalence of AD in SoC Populations</b></p> <p>AD prevalence varies globally, with higher rates in Africa and Oceania compared to India and Europe.<sup>1</sup></p> <p>Higher prevalence of AD among Black children living in urban areas in the US and UK.<sup>2,7</sup></p> <p>Black individuals have a 3x higher likelihood, and Asian/Pacific Islander individuals have a 7x higher likelihood, of AD diagnosis compared to White individuals.<sup>3</sup></p> <p>Even after accounting for factors such as income, education, environment, and health insurance, individuals with SoC still have a greater likelihood of developing AD than White individuals.<sup>3</sup></p> <p><small>AD: atopic dermatitis; SoC: skin of color. 1. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(4):1058-1063. 2. Fu T, et al. Pediatr Dermatol. 2014;33:24-28. 3. Blazer TG, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011;123:87-93. 4. Leonard JC, et al. J Clin Invest. 2007;117(12):3688-3693. 5. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(4):1058-1063. 6. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(4):1058-1063. 7. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(4):1058-1063.</small></p>	<p>Sappiamo che la prevalenza della dermatite atopica varia a livello globale. Ci sono tassi più alti sia in Africa sia in Oceania, e questo in confronto all'Europa e all'India. Sappiamo che proprio qui negli Stati Uniti c'è una maggiore prevalenza di dermatite atopica nei bambini di colore che vivono nelle aree urbane, e questa tendenza la ritroviamo anche nel Regno Unito. Gli individui di colore hanno una probabilità 3 volte maggiore, e gli asiatici e gli abitanti delle isole del Pacifico hanno una probabilità 7 volte maggiore, di una diagnosi di dermatite atopica rispetto a individui bianchi. Ma anche dopo aver tenuto conto di fattori come reddito, istruzione, ambiente, assicurazione sanitaria, gli individui con pelle di colore hanno una probabilità ancora maggiore di sviluppare la dermatite atopica rispetto a soggetti bianchi. Quindi, questa è una popolazione molto speciale e molto importante.</p>
8.	 <p><b>Delayed Diagnosis of AD in SoC Populations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Healthcare disparities of delayed diagnosis and advanced disease at diagnosis in AD are related to:<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lack of access to care and healthcare utilization<sup>1</sup></li> <li>Lack of trust in the healthcare system and providers<sup>1</sup></li> <li>Historically biased care delivery<sup>1</sup></li> <li>Inadequate training of primary care physicians, as Black children have a 3x higher likelihood of receiving an AD diagnosis during a dermatologist visit<sup>2,4</sup></li> <li>Inability to identify erythema on more darkly pigmented skin<sup>5</sup></li> <li>Misdiagnosis of AD in Asian/Pacific Islander patients, which may be mistaken for psoriasis due to clearer demarcation and more pronounced scaling and lichenification<sup>6</sup></li> <li>Frequent occurrence of atypical presentations in Hispanic patients<sup>7</sup></li> </ul> </li> <li>The groups that tend to be most affected by these disparities are ethnic minorities and people of lower socioeconomic status<sup>1</sup></li> </ul> <p><small>1. Hagan. Intentional for educational purposes only from Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011;123:87-93. 2. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011;123:87-93. 3. Fu T, et al. Pediatr Dermatol. 2014;33:24-28. 4. Leonard JC, et al. J Clin Invest. 2007;117(12):3688-3693. 5. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(4):1058-1063. 6. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(4):1058-1063. 7. Gollubski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(4):1058-1063.</small></p> <p><b>Erythema in darker skin types can be challenging to detect, as it often presents as a violaceous hue, ashen gray, or darker brown color.</b></p>	<p>Purtroppo, ci sono ritardi significativi nella diagnosi della dermatite atopica nella popolazione di colore. Ciò può essere dovuto a una miriade di problemi. Il numero sproporzionato di casi di dermatite atopica nelle popolazioni di colore del nostro Paese può essere dovuto all'utilizzo ridotto dell'assistenza sanitaria in fase iniziale, e ciò potrebbe portare a una malattia più avanzata al momento della diagnosi. Sappiamo che i bambini neri hanno una probabilità 3 volte maggiore di ricevere una diagnosi di dermatite atopica durante le visite</p>


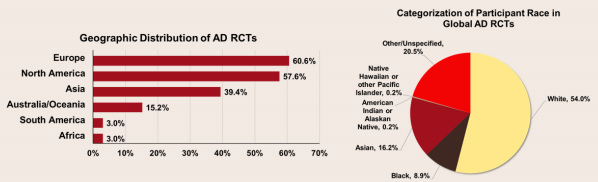




## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>in relazione alla dermatite atopica e hanno oneri finanziari maggiori rispetto ai pazienti bianchi. Quindi, ci sono tassi più elevati di visite ambulatoriali, prescrizioni e consulenze dermatologiche per la dermatite atopica nella popolazione di colore del nostro Paese, rispetto ai pazienti bianchi. E la razza nera è associata a maggiori spese a carico del paziente per la dermatite atopica, e ciò può avere un profondo impatto su molte famiglie.</p>																												
<p>11.</p>	<div data-bbox="264 577 903 925"> <h3>Disparities in AD Diagnosis and Treatment in Individuals With SoC</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Despite experiencing a greater prevalence of AD and a greater disease burden, individuals with SoC are: <ul style="list-style-type: none"> <li>— More likely to experience delayed/missed diagnosis of AD</li> <li>— More likely to receive suboptimal treatment for AD, particularly with biologic therapy</li> <li>— Under-represented in clinical trials of AD treatments</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Nanda S, et al. Arch Dermatol. 2021;157(12):1215-1223.</small></p> </div>	<p>Quando pensiamo alle disparità nella diagnosi e nel trattamento, come ho accennato, queste possono essere piuttosto significative. Nonostante una maggiore prevalenza di dermatite atopica e un maggior carico della malattia, i soggetti di colore hanno maggiori probabilità di subire ritardi [nella diagnosi] e diagnosi errate perché, come abbiamo detto, spesso la presentazione della malattia è diversa. È più probabile che ricevano un trattamento non ottimale per la dermatite atopica, e studi hanno dimostrato che è meno probabile che venga loro prescritta una terapia biologica; e questo è qualcosa su cui tutti dobbiamo riflettere. E, purtroppo, i nostri pazienti di colore sono spesso sottorappresentati negli studi clinici per la dermatite atopica. È di fondamentale importanza per noi sapere se la sicurezza e l'efficacia delle nostre modalità terapeutiche per la dermatite atopica si applicano alle popolazioni di colore del nostro Paese.</p>																												
<p>12.</p>	<div data-bbox="264 1361 903 1691"> <h3>Racial and Ethnic Disparities in Global AD Clinical Trials</h3>  <p><b>Geographic Distribution of AD RCTs</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Region</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Europe</td> <td>60.6%</td> </tr> <tr> <td>North America</td> <td>57.6%</td> </tr> <tr> <td>Asia</td> <td>39.4%</td> </tr> <tr> <td>Australia/Oceania</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>South America</td> <td>3.0%</td> </tr> <tr> <td>Africa</td> <td>3.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Categorization of Participant Race in Global AD RCTs</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Race/Ethnicity</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>White</td> <td>54.0%</td> </tr> <tr> <td>Other/Unspecified</td> <td>20.5%</td> </tr> <tr> <td>Black</td> <td>8.9%</td> </tr> <tr> <td>Asian</td> <td>16.2%</td> </tr> <tr> <td>American Indian or Alaskan Native</td> <td>0.2%</td> </tr> <tr> <td>Native Hawaiian or other Pacific Islander</td> <td>0.2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Patients from various racial and ethnic groups may respond uniquely to new treatments for AD, and RCTs incorporating diverse patients are needed.</p> <p><small>RCT = randomized controlled trial; Figure reprinted for educational purposes only from Nanda S, et al. Arch Dermatol. 2021;157(12):1215-1223.</small></p> </div>	Region	Percentage	Europe	60.6%	North America	57.6%	Asia	39.4%	Australia/Oceania	15.2%	South America	3.0%	Africa	3.0%	Race/Ethnicity	Percentage	White	54.0%	Other/Unspecified	20.5%	Black	8.9%	Asian	16.2%	American Indian or Alaskan Native	0.2%	Native Hawaiian or other Pacific Islander	0.2%	<p>Quando consideriamo le disparità razziali ed etniche negli studi clinici globali sulla dermatite atopica, possiamo vedere che oltre la metà di questi studi vengono condotti in Europa e Nord America, oltre un terzo in Asia e il 15% in Australia e Oceania. Ma se consideriamo le aree in cui risiedono i pazienti di colore, in particolare Africa e Sud America, solo il 3% degli studi clinici controllati randomizzati viene condotto in quelle parti del mondo.</p>
Region	Percentage																													
Europe	60.6%																													
North America	57.6%																													
Asia	39.4%																													
Australia/Oceania	15.2%																													
South America	3.0%																													
Africa	3.0%																													
Race/Ethnicity	Percentage																													
White	54.0%																													
Other/Unspecified	20.5%																													
Black	8.9%																													
Asian	16.2%																													
American Indian or Alaskan Native	0.2%																													
Native Hawaiian or other Pacific Islander	0.2%																													

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

13.

**Factors Contributing to Disparities in AD Research and Care in SoC Populations**

**Socioeconomic and Environmental Factors**

- Access to Care**
  - Variations in healthcare access and availability
- Income**
  - Financial limitations affecting affordability of care and treatments
- Environmental Triggers**
  - Exposure to environmental triggers (eg, indoor/outdoor pollutants, tobacco smoke)
- Education Inequality**
  - Disparities in health literacy and access to AD-related education
- Language/Cultural Differences**
  - Communication barriers and cultural nuances influencing care seeking and understanding of AD

**Healthcare System and Clinical Factors**

- Under-representation in AD Clinical Trials**
  - Lack of awareness of clinical trials
  - Mistrust of researchers
  - Inadequate numbers of diverse investigators
  - Limited understanding of AD treatments in SoC populations
- Clinical Education and Training Gaps**
  - Insufficient emphasis during dermatology training
  - Lack of educational resources on AD in patients with SoC
  - Lack of awareness about unique challenges in patients with SoC
- Clinical Practice Disparities**
  - Inequitable access to specialized care for patients with SoC
  - Limited availability of culturally sensitive care and resources
  - Lack of diversity among clinicians—few Black dermatologists

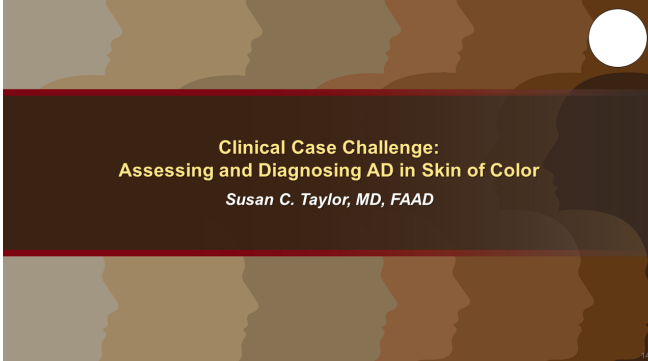

Excerpt in Use of Color: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4080000/>

Quindi, ci sono molti fattori che contribuiscono alle disparità nella ricerca sulla dermatite atopica, così come nella cura delle popolazioni di colore del nostro Paese. Innanzitutto, ci sono difficoltà nell'accesso alle cure. Esistono diverse variazioni nell'accesso e nella disponibilità dell'assistenza sanitaria. Abbiamo accennato al fatto che ci sono più oneri finanziari per molte popolazioni di colore del nostro Paese, spese più alte a carico del paziente, più giorni di lavoro persi e tutto questo incide sulla capacità dei pazienti di ricevere cure. Sappiamo che a causa di un razzismo strutturale, esistono differenze e disparità significative negli alloggi in molte popolazioni di colore del nostro Paese e questo a causa di una lunga storia di discriminazione razziale a livello economico (redlining), in particolare negli Stati Uniti. Molti pazienti di colore vivono in aree dove si registra un aumento degli inquinanti adiacenti alle autostrade, o alle fabbriche, ad esempio. Ci sono agenti inquinamenti domestici ai quali sono esposti, ad esempio alloggi scadenti con crescita di muffe. Sappiamo che l'esposizione al fumo di tabacco può esacerbare la diatesi atopica in questi pazienti. Possono esserci disuguaglianze nell'istruzione, disparità nell'alfabetizzazione sanitaria che contribuiscono alle disparità complessive nella cura della dermatite atopica per i pazienti di colore del nostro Paese. Non dimentichiamoci poi dell'esistenza di differenze linguistiche e culturali. La sottorappresentazione negli studi clinici è un grosso problema e ci sono molte le ragioni che vi hanno contribuito. Uno dei quali è la mancanza di diversità nei medici ricercatori che dirigono questi particolari studi. Può esserci una comprensione limitata del trattamento della dermatite atopica nelle popolazioni di colore, una mancanza di consapevolezza degli studi clinici e una sfiducia nei confronti dei ricercatori che risale a molte, molte generazioni. Quando pensiamo all'istruzione clinica e alle lacune formative, sappiamo tutti che c'è una mancanza di diversità delle immagini di casi di dermatite atopica nelle popolazioni di colore. Quindi, ci può essere un'attenzione insufficiente durante la formazione dermatologica, una mancanza di risorse formative relative alla dermatite atopica nelle popolazioni di colore del nostro Paese e

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore



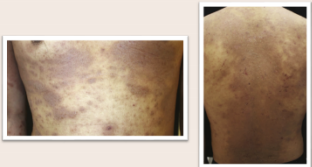

		<p>mancanza di consapevolezza delle particolari sfide che i pazienti di colore devono affrontare. E infine, le nostre disparità nella pratica clinica, l'accesso non equo a cure specialistiche per i nostri pazienti di colore. Sensibilità culturale, umiltà culturale sono di fondamentale importanza. Quando che i nostri pazienti di colore vanno dai dermatologi, vedranno medici in grado di curarli con umiltà culturale? E torneranno da quei medici? E, naturalmente, c'è la mancanza di diversità tra i medici. Sappiamo che solo il 3% circa dei dermatologi sono di colore e il 4,2% sono ispanici, e ciò può influire sulle disparità nella pratica clinica. Sappiamo pure che i medici sottorappresentati in medicina tendono a servire le popolazioni di colore molto più di altri.</p>
14.		<p>Vorrei ora dedicare qualche minuto alla discussione delle sfide dei casi clinici che riguardano la valutazione e la diagnosi della dermatite atopica nei pazienti di colore.</p>
15.	 <p><b>Patient Case: AD in a Black Infant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6-month-old Black infant presenting with eczema</li> <li>• Previous history of mild eczema managed with OTC emollients; family history of atopy</li> <li>• Physical examination:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Eczematous lesions, lichenification, and xerosis on the cheeks, torso, and extensor surfaces</li> <li>— Evidence of excoriation due to scratching</li> <li>— Pruritus leading to sleep disturbances for both the patient and the parents</li> </ul> </li> </ul> <p>What clinical features and physical examination findings of this patient are suggestive of AD in SoC?</p>	<p>Iniziamo con questo bambino nero di 6 mesi. Questo bambino ha un'anamnesi di lieve eczema che è stato gestito abbastanza bene con emollienti da banco. In realtà, c'è una storia familiare di atopica. All'esame obiettivo si osservano lesioni eczematose, lichenificazione, xerosi diffusa che si manifesta non solo sulle guance ma anche sul busto e sulle superfici estensorie del corpo. E vi sono evidenze di escoriazioni dovute a grattamento. Ora, la domanda che voglio farvi e che voglio che teniate sempre a mente è: Quali caratteristiche cliniche e quali risultati dell'esame obiettivo di questo paziente suggeriscono una dermatite atopica nella pelle di colore?</p>



# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore



<p>18.</p>	<p><b>AD Presentation in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black patients are more likely to present with:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Diffuse xerosis</li> <li>Extensor involvement</li> <li>Hyper- and/or hypopigmentation</li> <li>Perifollicular accentuation and papules on extensors and trunk</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Top images reproduced for educational purposes only, courtesy of Anthony J. Marchisi, MD. Bottom left image reproduced for educational purposes only from Dermatol News Zealand. Bottom center and right images reproduced for educational purposes only from National Eczema Association. Kathleen BP, et al. J Clin Dermatol. 2012;51:343-357. Sadek MB, et al. J Am Acad Dermatol. 2009;61:503-506. Brunner HE, Goldman-Hayes E. J Am Acad Dermatol. 2015;73:449-455.</small></p>	<p>I pazienti neri hanno maggiori probabilità di presentare xerosi diffusa. Pensiamo che la dermatite atopica sia presente nelle superfici flessorie, ma, nei pazienti di colore, dobbiamo esaminare le superfici estensorie perché spesso sono quelle interessate. La dermatite atopica è accompagnata spesso da disturbi della pigmentazione che possono essere di iperpigmentazione o ipopigmentazione. Come ho detto prima, c'è spesso un'accentuazione perifollicolare; spesso vediamo [la] variante papulare dell'eczema, e ciò può verificarsi sugli estensori così come sul tronco.</p>
<p>19.</p>	<p><b>AD Presentation in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lichen planus-like presentation observed exclusively in dark-skinned individuals             <ul style="list-style-type: none"> <li>Affects extensor surfaces</li> <li>Rapidly responds to treatment</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Image reproduced for educational purposes only from Zaslav. American J Clin Dermatol. 2010;20:242-243. Revue de Dermatol. 2010;50:101-104. Image reproduced for educational purposes only from Hsu. J Am Acad Dermatol. 2010;63:101-104.</small></p>	<p>Non bisogna dimenticare che può esserci una presentazione della dermatite atopica tipo lichen planus. Ciò sembra verificarsi quasi esclusivamente nei pazienti con tonalità della pelle più scure. La presentazione tipo lichen planus può interessare le superfici estensorie del corpo e spesso risponde abbastanza rapidamente al trattamento.</p>
<p>20.</p>	<p><b>Patient Case: AD in an Asian Teenager</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>18-year-old Asian male patient presenting with erythematous lesions</li> <li>Prior history of allergic rhinitis and asthma</li> <li>Physical examination:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesions with well-defined borders, predominantly on the face, neck, trunk, and extensor surfaces</li> <li>Pronounced scaling and lichenification</li> <li>Intense pruritus leading to sleep disturbances (reported by patient)</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Image reproduced for educational purposes only from Hsu. S, et al. J Allergy Clin Immunol. 2010;125:125-126.</small></p>	<p>Nella prossima immagine parliamo di un paziente maschio asiatico di 18 anni che presenta lesioni eritematose. Abbiamo un'anamnesi di rinite allergica e asma. Qui possiamo vedere che queste lesioni sono ben definite; hanno bordi ben definiti. In questo paziente si verificano principalmente sul viso, sul collo, sul tronco, come potete vedere qui, così come sulle superfici estensorie. Ci sono spesso una desquamazione e una lichenificazione pronunciate nei pazienti asiatici. E naturalmente prurito intenso che, in questo caso particolare, porta a disturbi del sonno. E lo vediamo o lo sentiamo comunemente nei nostri pazienti con dermatite atopica.</p>
<p>21.</p>	<p><b>AD Presentation in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asian patients are more likely to present with:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Clearer demarcation of lesions</li> <li>More pronounced scaling and lichenification</li> <li>More frequent extensor involvement</li> <li>Erythrodermic AD (adolescents and adults, particularly those with a longer disease course)</li> <li>Features associated with psoriasis, such as epidermal hyperplasia, elongated rete ridges, parakeratosis, and hypogranulosis</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Top images reproduced for educational purposes only, courtesy of Anthony J. Marchisi, MD. Bottom image reproduced for educational purposes only from Dermatol News Zealand. Kathleen BP, et al. J Clin Dermatol. 2012;51:343-357. Stevens EJ, et al. The Adv Clin Dermatol. 2011;25:449-455. Brunner HE, Goldman-Hayes E. J Am Acad Dermatol. 2010;63:101-104. J Am Acad Dermatol. 2010;63:101-104.</small></p>	<p>È importante notare che molti dei nostri pazienti asiatici possono presentare una chiara demarcazione delle lesioni. Possono esserci desquamazione e lichenificazione più pronunciate, coinvolgimento più frequente delle superfici estensorie del corpo. Spesso vediamo la dermatite atopica eritrodermica negli adolescenti e negli adulti, in particolare quelli che hanno avuto un decorso della malattia più lungo. Non bisogna confondere la dermatite atopica nei nostri pazienti asiatici [con] la psoriasi, e ci possono essere</p>



## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:



Impatti su individui con pelle di colore

		<p>caratteristiche istologiche sulla biopsia coerenti con la psoriasi che includono iperplasia epidermica, creste reticolari allungate, paracheratosi e ipogranulosi.</p>
<p>22.</p>	<p><b>Patient Case: Possible AD in a Filipina Woman</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-year-old Filipina woman presenting with papular eczema</li> <li>• History of intermittent flares and remissions since early childhood</li> <li>• Physical examination:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Papular predominance, primarily on the face (periocular and perioral), neck, flexor surfaces, and hands</li> <li>— Mild erythema and subtle scaling in some areas</li> <li>— Excoriation and secondary infection due to scratching</li> <li>— Intense pruritus leading to sleep disturbances (reported by patient)</li> </ul> </li> </ul> <p>What are the differential diagnoses of this patient's presentation?</p>  <p><small>Image reproduced for educational purposes only from Kauffman SP, et al. Clin Dermatol. 2015;27:346-357</small></p>	<p>Qui abbiamo un caso di possibile dermatite atopica in una donna filippina. Questa paziente ha 20 anni, si presenta con eczema papulare, ha una lunga storia di riacutizzazioni intermittenti e remissioni sin dalla prima infanzia, e qui vediamo una predominanza papulare. Le papule possono verificarsi sul viso e sulla zona periorale e perioculare, sul collo, sulle superfici flessorie, che vediamo qui, così come sulle mani. Ci può essere un lieve eritema, una sottile desquamazione in alcune aree. Sicuramente le escoriazioni e le infezioni secondarie possono essere dovute a grattamento. Quindi, voglio che riflettiate, quali sono le diagnosi differenziali della presentazione di questo paziente? E ci sono diverse cose che mi vengono subito in mente.</p>
<p>23.</p>	<p><b>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scabies             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Erythematous papules; may present with subtle color variations on darker skin</li> <li>— Presence of burrows; dermatoscopy may aid visualization in darker skin</li> <li>— Pruritus that worsens at night</li> </ul> </li> <li>• Seborrheic dermatitis             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Individuals with darker skin may present with scaly, hypopigmented macules and patches in affected areas</li> <li>— Children with darker skin may exhibit erythema, flaking, and hypopigmentation in affected areas, rather than classic cradle cap appearance</li> <li>— Arcuate or petal-like patches may be seen</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Top left image reproduced for educational purposes only from Brown/Griffiths.com. Top right and bottom images reproduced for educational purposes only from Dermatol News Zealand.</small></p>	<p>Ovviamente non dobbiamo escludere una diagnosi di scabbia, che può presentarsi anche con papule eritematose. Può presentarsi con sottili variazioni di colore nella pelle più scura. Non dimentichiamo, con la scabbia spesso si osservano cunicoli. Non dimentichiamo di guardare negli spazi interdigitali. E la dermatoscopia è un ottimo strumento. Può aiutare nella visualizzazione nella pelle più scura. E per la scabbia, in genere il prurito può peggiorare di notte. Potremmo anche pensare alla dermatite seborroica in questa diagnosi differenziale. I soggetti con la pelle più scura spesso presentano macchie e chiazze ipopigmentate sulla fronte, nell'area delle pieghe naso-labiali, sulle sopracciglia, sull'attaccatura dei capelli, spesso sul viso, ci possono essere chiazze arcuate o petaloidi. E i bambini con la pelle più scura possono presentare eritema, desquamazione, ipopigmentazione, nelle aree interessate oltre il cuoio capelluto e il viso anziché la classica presentazione della crosta latte.</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

<p>24.</p>	<p><b>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact dermatitis             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Localized rash or hyperpigmentation in areas of direct contact with an allergen</li> <li>— History of exposure to potential irritants or allergens, such as certain metals, chemicals, or plants</li> <li>— Specific triggers identified with patch testing</li> </ul> </li> <li>• Ichthyosis vulgaris             <ul style="list-style-type: none"> <li>— AD is present in 50% of patients with ichthyosis vulgaris and is usually the dominant clinical problem for affected individuals</li> <li>— Usually less pruritic than AD</li> <li>— Usually present at birth or develops in childhood</li> <li>— Often (but not always) mild in presentation</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from Ecomedica/Color.org</small></p>	<p>Nella nostra diagnosi differenziale di dermatite atopica non dimentichiamo che ci può essere anche la dermatite da contatto. Qui nella prima immagine vediamo [un] paziente con un braccialetto di metallo. È importante indirizzare l'anamnesi del paziente verso l'individuazione di situazioni da contatto. Ad esempio, bisogna informarsi sull'esposizione a potenziali irritanti o allergeni, metalli, sostanze chimiche o piante. Per questi pazienti, si potrebbe prendere in considerazione il patch test per identificare qual è il particolare fattore scatenante. L'ittiosi volgare può imitare la dermatite atopica e può presentarsi in modo analogo. La dermatite atopica è presente all'incirca nel 50% dei pazienti con ittiosi volgare, e questo è di solito il problema clinico dominante per i pazienti affetti. Di solito è meno pruriginosa della dermatite atopica. Dal punto di vista estetico, questi pazienti ne sono molto preoccupati. L'ittiosi volgare si presenta spesso alla nascita o si sviluppa durante l'infanzia, ed è spesso, ma non sempre, di presentazione lieve.</p>
<p>25.</p>	<p><b>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Lesion characteristics:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis: well-demarcated, thick, and scaly plaques with a silvery-white appearance</li> <li>• AD: can also present with well-demarcated lesions, but they are typically erythematous, with weeping, crusting, or lichenification</li> </ul> </li> <li>— Itching and pain:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis: generally less itching and pain compared to AD</li> <li>• AD: intense itching is a hallmark feature, often causing significant discomfort</li> </ul> </li> <li>— Nail involvement:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis: nail changes such as pitting, onycholysis (nail separation), and thickening are frequently seen</li> <li>• AD: nail involvement is less common, and if present, it is usually due to secondary factors like scratching or infection</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from Dermatol. New Zealand</small></p>	<p>Psoriasi. Spesso imita la dermatite atopica e sappiamo che con la psoriasi si hanno di frequente placche molto ben delimitate, spesse e squamose con un aspetto bianco-argenteo. Ma ricordate, la dermatite atopica può presentarsi anche con lesioni ben delimitate. Abbiamo sottolineato questo punto in precedenza, nei nostri pazienti asiatici. Con la dermatite atopica, però, c'è di solito più eritema o [una] tonalità violacea. Possono insorgere anche essudazione di siero, formazione di croste o lichenificazione in contrasto con la psoriasi. Per quanto riguarda i sintomi di prurito e dolore, la psoriasi tende ad essere meno pruriginosa e a dare meno dolore rispetto alla dermatite atopica. Con la dermatite atopica il prurito intenso è una caratteristica distintiva che mantiene i nostri pazienti svegli la notte, con conseguenti escoriazioni piuttosto significative e ampiamente visibili. E il prurito può causare un disagio piuttosto significativo. I cambiamenti dell'unghia nella psoriasi, che conosciamo tutti, possono variare dalla vaiolatura all'onicolisi e all'ispessimento dell'unghia, mentre il coinvolgimento dell'unghia nella dermatite atopica è meno comune e questo può essere un</p>

# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>punto di differenziazione tra psoriasi e dermatite atopica.</p>
<p>26.</p>	 <p><b>Evaluating AD Extent and Severity in SoC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Common objective scoring systems (eg, EASI, SCORAD) may underestimate the severity of AD in patients with SoC because of the difficulty in assessing erythema as a contributing factor<sup>1</sup></li> <li>PO-SCORAD scale has been adapted for Black patients with AD and has shown strong correlation with the traditional SCORAD scale when applied to these patients<sup>2</sup></li> <li>Incorporating patient-reported outcomes, such as the POEM score,<sup>3</sup> can help capture the subjective experience and impact of AD on patients with SoC</li> </ul> <p>Standardized images of AD symptoms for scoring in individuals with White or Black skin.</p> <p>POEM questionnaire for use in pediatric and adult patients with AD.</p>	<p>Valutare l'estensione e la gravità della dermatite atopica nella pelle di colore è un argomento molto importante e spesso, erroneamente, la gravità della dermatite atopica è sottovalutata nei pazienti di colore. Ciò spesso è dovuto al sistema di punteggio che tutti noi utilizziamo, il punteggio EASI; lo SCORAD dipende effettivamente in larga misura dall'eritema, e l'eritema può essere più difficile da rilevare nei pazienti di colore, con il rischio di sottovalutarlo. Pertanto, l'estensione complessiva e la gravità della malattia in queste popolazioni è spesso sottovalutata. Ora, la scala SCORAD orientata al paziente è stata adattata per i pazienti neri con dermatite atopica. Ed è stato effettivamente dimostrato che ha una forte correlazione con la scala SCORAD tradizionale quando applicata a questi pazienti. Quindi, questo è uno strumento molto importante e utile. L'integrazione dei risultati riportati dai pazienti, come il punteggio POEM, può aiutare ad acquisire l'esperienza soggettiva e l'impatto della dermatite atopica nei pazienti di colore. Ciò è di fondamentale importanza se si è coinvolti in studi clinici sulla dermatite atopica per i pazienti di colore, per assicurarsi di essere in grado di identificare l'eritema, la gravità della loro malattia affinché possano essere ammessi a questi particolari studi clinici.</p>
<p>27.</p>	 <p><b>Panel Discussion:</b> Diagnosing and Assessing AD in Skin of Color</p>	<p>E con questo concludo e passo la parola al Dott. Silverberg.</p>
<p>28.</p>	 <p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Common pitfalls in recognizing AD in SoC:             <ul style="list-style-type: none"> <li>AD in patients with SoC is often dismissed based on hyperpigmentation</li> <li>Patient/caregiver assessment is crucial to identify erythema, an indicator of active disease</li> <li>Utilize tools such as microscope slides or blanching to visualize and differentiate erythema</li> <li>Raised areas distinguish erythema from post-inflammatory hyperpigmentation</li> </ul> </li> </ul>	<p>Grazie Dott.ssa Taylor per questa eccellente presentazione. Penso ci siano molte domande pratiche che emergono su questi argomenti davvero importanti e, quindi, mi piacerebbe avere i vostri feedback su quali siano alcune delle insidie comuni che incontrate nella pratica clinica. Mi riferisco alle difficoltà che si incontrano con maggiore frequenza nel mondo reale relative al corretto riconoscimento e alla</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

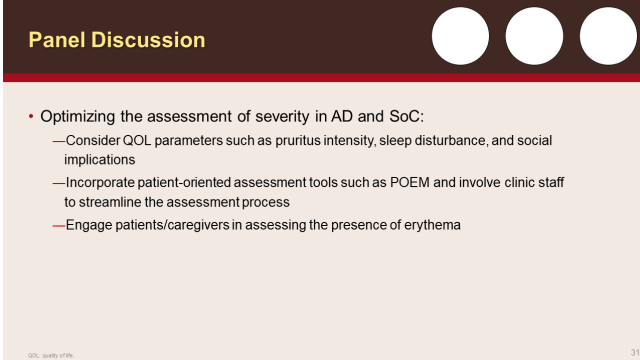
Impatti su individui con pelle di colore

		<p>diagnosi della dermatite atopica nella pelle di colore.</p> <p>Dott. Silverberg, molti dei miei pazienti quando vengono da me mi dicono che soffrono da molto tempo, o che il loro bambino soffre da molto tempo, e che i nostri colleghi li hanno in qualche modo liquidati dicendo "Non vedo una vera e propria malattia attiva", oppure "Vedo iperpigmentazione, il che significa che è vecchia". E prescrivono solo, ad esempio, una crema topica da usare. Ma se chiedi al paziente o alla persona che lo assiste: "La pelle Le sembra rossa?", la persona che assiste o il paziente sanno se la pelle è rossa; inoltre, mi piacerebbe pensare di avere un occhio allenato a riconoscere le diverse variazioni del rosso ma spesso quella tonalità violacea è un po' differente da quello a cui si è abituati. Si può usare un vetrino da microscopio. Si può operare una stimolazione con le dita per indurre il pallore. Si nota quell'eritema e si osserva quanto è diffuso. E rispetto all'iperpigmentazione post-infiammatoria, le aree sono in rilievo, giusto? Puoi sentirle. E poi dico: "Bene, questa è una malattia piuttosto grave, da moderata a grave". La mia trattazione sarà sulla terapia sistemica.</p> <p>Ottimo punto.</p>
29.	<p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Improving patient education on AD:<ul style="list-style-type: none"><li>—Patients often have uncertainty due to previous misdiagnoses and multiple treatments</li><li>—Educate patients on the chronic nature of their condition and the need for ongoing therapy</li><li>—Building trust and fostering a strong patient-provider relationship is essential for compliance</li></ul></li></ul>	<p>Sono d'accordo. Credo che i pazienti spesso non conoscano la loro diagnosi. Hanno visto diversi dottori e quando li incontro, dico loro: "Oh, sembra dermatite atopica o eczema." E loro dicono: "Questo è quello che ho?" E sono davvero incerti riguardo alla loro diagnosi, sono stati sottoposti a più trattamenti e sono molto insicuri e fanno ricerche online e dicono: "Il mio eczema non assomiglia a quello che ho visto online." Quindi è davvero importante che i medici, nei loro affollati ambulatori di dermatologia, si prendano del tempo per far sedere i pazienti e illustrare loro la diagnosi, spiegare loro che si tratta di una condizione cronica che non scomparirà dopo una settimana di trattamento. Dobbiamo mantenere le terapie. Penso che sia davvero molto importante per i pazienti che hanno un rapporto medico-paziente discordante, che i medici stessi riconoscano che potrebbero esserci degli ostacoli in questo rapporto e che i pazienti potrebbero non fidarsi necessariamente del medico. Ciò significa che</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>bisogna dedicare ancora più tempo per costruire un rapporto con i propri pazienti, in modo che si possano fidare di ciò che il medico dice loro ed essere disposti a seguire i suoi consigli.</p> <p>Punti eccellenti. Sì. Purtroppo, questi problemi si presentano fin troppo spesso. Ho avuto vari pazienti con fototipo 5-6 ai quali era stato detto che avevano prurito psicogeno e che avevano bisogno di vedere uno psichiatra, quando invece erano praticamente eritrodermici. Mentre io avrei valutato un ricovero in ospedale per una terapia con impacchi umidi. Ecco quanto erano gravi. Capisco che questo è uno scenario estremo, ma non dovrebbe mai accadere. Ed è qualcosa a cui, ritengo, dobbiamo davvero prestare più attenzione. Ed è esattamente lo scopo di programmi come questo: avere quell'attenzione ad allenare l'occhio a riconoscere le diverse presentazioni tra diverse popolazioni di pazienti. E posso dire un'altra cosa? Se come dermatologo si ha in mente una diagnosi della quale però non si è sicuri, si può sempre fare una biopsia, giusto? E questo è uno strumento molto importante. Va bene non essere sicuri; quello che non va bene è non pensarci.</p>
30.	 <p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Optimizing the assessment of severity in AD and SoC:<ul style="list-style-type: none"><li>—Consider QOL parameters such as pruritus intensity, sleep disturbance, and social implications</li><li>—Incorporate patient-oriented assessment tools such as POEM and involve clinic staff to streamline the assessment process</li><li>—Engage patients/caregivers in assessing the presence of erythema</li></ul></li></ul> <p><small>QOL, Taylor et al.</small></p>	<p>Giusto. Penso che sia un punto eccellente. Hai qualche consiglio o perla di saggezza su come ottimizzare la valutazione della gravità della dermatite atopica nella pelle di colore? Susan, hai fatto un ottimo lavoro delineando molte delle considerazioni cliniche. Ma, per le persone che non sono necessariamente coinvolte negli studi clinici, che non utilizzano necessariamente il sistema di punteggio EASI e SCORAD su base giornaliera, come si devono regolare quando valutano la gravità e sono in prima linea nel mondo reale?</p> <p>Alcune cose pratiche da fare. Quanto prurito ha il paziente? In che misura il sonno ne risente? Evita di indossare determinati indumenti? Evita di uscire se fa davvero caldo? Evita situazioni di socializzazione? Il paziente è imbarazzato? Queste sono le valutazioni pratiche da fare. E quando guardi la pelle di un paziente, sai quali fattori sono interessati e in che misura? Come ad esempio il disturbo della pigmentazione? Io inizierei con alcuni parametri che interessano la qualità della vita.</p> <p>Questo è un punto eccellente.</p>



## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>Sono fra quelli, in clinica, a cui non piace usare il punteggio EASI e SCORAD, poiché penso che possa essere difficile con i ritmi frenetici di una clinica. Ma ritengo che POEM sia uno strumento straordinario. Puoi persino chiedere alla tua assistente di compilare la scala del punteggio POEM. E il POEM è una valutazione dell'eczema orientata al paziente e pone sette domande davvero facili, in riferimento agli ultimi 7 giorni o alla settimana scorsa, ad esempio "Quanto ti dà fastidio questo prurito?" "Quanto questo eczema rende la pelle squamosa secondo te?" Giusto? Si tratta di domande molto semplici che fanno emergere un punteggio di gravità. Prima di entrare nella stanza, si può persino avere un'idea di base di quanto sia grave l'eczema e pensare: "OK, devo intensificare la terapia per questo paziente", giusto? Quindi, oltre a formulare una buona anamnesi penso si possano usare alcuni di questi strumenti per poter valutare meglio la gravità di una condizione, e potrebbe essere una procedura piuttosto veloce se si impiega il personale della clinica per portare a termine questa fase.</p> <p>Mi piace. Sì.</p> <p>Piace anche a me. E sai cosa? Per chi non ce l'ha, può cercarlo su Google e scaricarlo da Internet. È facilmente accessibile.</p> <p>Sì, assolutamente. E penso che si sposi molto bene con qualcosa che hai menzionato prima, Susan, ovvero se non si è sicuri di come valutare la pelle e l'eritema, è bene chiedere al paziente, perché i pazienti lo sanno. È proprio così, i risultati riferiti dai pazienti possono essere davvero utili, perché a volte pensiamo di sapere cosa stiamo osservando, ma potremmo sbagliarci. Ma il paziente sa esattamente qual è la sua esperienza, e se ha molto prurito e sta male, o se la sua pelle semplicemente non è più come era una volta, sarà davvero un indizio importante per noi che ci suggerirà di dover intensificare il trattamento.</p> <p>Sì.</p>
--	--	---

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

31.

### Panel Discussion

- Differential diagnosis of AD in diverse skin phototypes:
  - Expand knowledge beyond traditional references to recognize diverse presentations
  - Consider differences in presentation in SoC, such as extensor involvement, neck involvement, and perifollicular accentuation
  - Be vigilant in considering underlying erythema, which may be atypical in SoC

Hai qualche idea in particolare che vuoi condividere, magari qualcosa che vedi di più riguardo alla diagnosi differenziale dalla prospettiva della pelle di colore rispetto ai pazienti con fototipi più chiari? Ci sono determinate cose da tenere maggiormente d'occhio rispetto ad altre oppure abbiamo a che fare con la stessa ampia gamma di diagnosi differenziali e tutto è diverso nei diversi tipi di pelle? Forse ci lasciamo ingannare di più da certi disturbi della pelle di colore rispetto a quelli dei tipi di pelle più chiari? Ad esempio, mi sembra che nei fototipi più chiari, l'eritema della psoriasi a volte può essere molto più evidente. Quindi, penso che sia più facile differenziare. Ma poi quando passiamo ai fototipi più scuri, a volte, l'indizio dell'eritema non aiuta allo stesso modo. Dove emergono di più questi piccoli dettagli? Ad esempio, cosa dovremmo davvero cercare in termini di diagnosi differenziale per assicurarci di non sbagliarci?

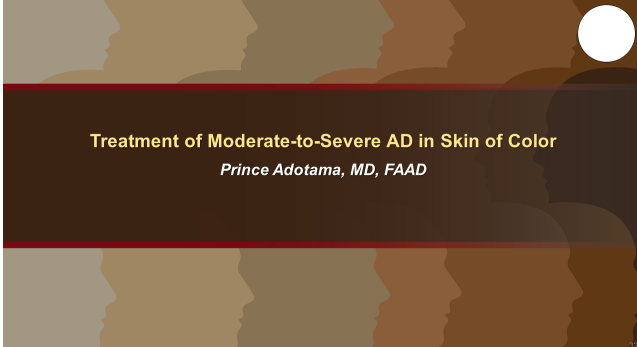
Penso che molto dipenda dalla formazione post-laurea ricevuta e dall'esperienza sul campo. Questo è un argomento che sta a cuore alla Dott.ssa Taylor perché ha scritto libri e manuali su come si presenta l'eczema nelle persone di colore e, come persona di colore, faccio uno sforzo in più per assicurarmi di essere in grado di identificare le differenti presentazioni nei tipi di pelle più scuri, tra cui il maggiore interessamento delle superfici estensorie rispetto a quelle flessorie, il maggiore interessamento del collo, un'accentuazione papillare o follicolare, giusto? È veramente importante essere in grado di distinguere questi due elementi. E sarò in grado di fornire una migliore diagnosi per quei pazienti, esatto? Si tratta di guardare al di fuori dei soliti libri di testo e dei riferimenti classici per ampliare la propria diagnosi; e se questo lo si tiene sempre ben presente, si capisce perché cose che potrebbero non sembrare eczema in tipi di pelle Fitzpatrick 1-3, potrebbero invece essere proprio un eczema in tipi di pelle Fitzpatrick 4-6.

Sono totalmente d'accordo. Penso che quasi tutti i disturbi infiammatori che si presentano in tonalità della pelle più chiare con eritema di solito non si verificano nei pazienti di colore, quindi tutti questi disturbi sono a rischio di

# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>diagnosi errate o diagnosi tardive, non è così? Penso sia doveroso chiedersi: potrebbe trattarsi davvero di un caso di eritema che non sto riconoscendo? E si andrà ad espandere e, solo allora, lo avrai diagnosticato. Ritengo anche che non sia solo un problema per la dermatite atopica, ma per quasi tutti i disturbi infiammatori che vediamo. Ottimo punto. E grazie davvero per questa eccellente discussione.</p>																								
32.		<p>Sono il Dott. Prince Adotama e parlerò del trattamento della dermatite atopica da moderata a grave nella pelle di colore.</p>																								
33.	<p><b>Question</b></p> <p>Based on available data, which treatment for moderate-to-severe AD has specifically demonstrated efficacy and safety in individuals with SoC?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dupilumab</li> <li>Tralokinumab</li> <li>Abrocitinib</li> <li>Baricitinib</li> <li>Upadacitinib</li> </ol> <p>The answer to this question will be discussed in detail later in the presentation.</p>	<p>Innanzitutto, facciamoci una domanda. Sulla base dei dati disponibili, quale trattamento per la dermatite atopica da moderata a grave ha specificamente dimostrato efficacia e sicurezza nei soggetti di colore? a. dupilumab, b. tralokinumab, c. abrocitinib, d. baricitinib, e. upadacitinib. Ne parleremo nelle prossime diapositive.</p>																								
34.	<p><b>Biologic and JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD</b></p> <table border="1" data-bbox="264 1375 903 1608"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>Indication(s) for Patients with AD*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dupilumab subcutaneous injection<sup>1</sup></td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Tralokinumab<sup>2</sup></td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib<sup>3</sup></td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib<sup>4</sup></td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Baricitinib<sup>5</sup></td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1/2 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD*	Dupilumab subcutaneous injection <sup>1</sup>	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>	Tralokinumab <sup>2</sup>	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>	Abrocitinib <sup>3</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>	Upadacitinib <sup>4</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>	Baricitinib <sup>5</sup>	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul>	<p>Bene. Esaminiamo tutte le diverse terapie approvate dalla FDA per la dermatite atopica da moderata a grave. La prima terapia è con dupilumab, che è un'iniezione sottocutanea. È stata approvata dalla FDA nel 2017; è stato il primo farmaco biologico disponibile per la dermatite atopica da moderata a grave. Ed è stato inizialmente approvato per un trattamento [per pazienti] dai 18 anni in su, ma nel corso degli anni l'approvazione si è estesa fino ai 6 mesi e oltre. Ha avuto la più ampia varietà di impiego, per quanto riguarda i pazienti che possiamo trattare con questa condizione. Può essere utilizzato con o senza corticosteroidi topici. Il prossimo farmaco è il tralokinumab. Anche questo è un nuovo farmaco per il trattamento della dermatite atopica, da moderata a grave, per pazienti dai 18 anni in su. E anche questo farmaco può essere utilizzato con o senza corticosteroidi topici. Questi sono dunque i due agenti</p>
Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD*																							
Dupilumab subcutaneous injection <sup>1</sup>	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>																							
Tralokinumab <sup>2</sup>	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>																							
Abrocitinib <sup>3</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>																							
Upadacitinib <sup>4</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>																							
Baricitinib <sup>5</sup>	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul>																							

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:



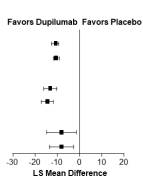
Impatti su individui con pelle di colore

		<p>biologici. I successivi due farmaci sono inibitori orali delle JAK. Si tratta di una nuova classe di farmaci che sono stati approvati dalla FDA per la dermatite atopica e sono abrocitinib e upadacitinib. Questi farmaci sono entrambi approvati per adulti e pazienti pediatrici di età pari o superiore a 12 anni con dermatite atopica refrattaria da moderata a grave non adeguatamente trattata o non adeguatamente controllata con altri farmaci sistemici, compresi i farmaci biologici. Poi l'Agenzia europea per i medicinali ha un ulteriore inibitore orale delle JAK chiamato baricitinib, che è un trattamento per la dermatite atopica da moderata a grave nei pazienti adulti.</p> <p>Entriamo ora nel dettaglio su come funzionano questi farmaci.</p>
<p>35.</p>	 <p><b>Novel Biologic and Targeted Therapies for Moderate-to-Severe AD</b></p> <p>The diagram illustrates the signaling pathways for IL-4 and IL-13. IL-4 binds to the IL-4Rα subunit of the Type 1 receptor (JAK1/STAT6), while IL-13 binds to the IL-13Rα2 subunit of the Type 2 receptor (JAK1/STAT6). Dupilumab binds to the IL-4Rα subunit, blocking signaling of both IL-4 and IL-13. Tralokinumab selectively binds to IL-13. Oral JAK inhibitors (baricitinib, upadacitinib) or both JAK1 and JAK2 inhibitors (abrocitinib) block the JAK1/STAT6 pathway. The pathway leads to transcription in the nucleus, resulting in keratinocyte differentiation, skin barrier integrity, Th2 polarization, IgE synthesis, and skin pruritus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dupilumab binds to the IL-4Rα subunit, blocking signaling of both IL-4 and IL-13.</li> <li>Oral JAK inhibitors selectively inhibit JAK1 (abrocitinib, upadacitinib) or both JAK1 and JAK2 (baricitinib).</li> </ul>	<p>Il primo farmaco è il dupilumab e, come ho già detto, è un farmaco biologico approvato dalla FDA nel 2017. Di fatto blocca il recettore IL-4Ra. Come si può vedere qui e qui, il recettore IL-4Ra viene bloccato da dupilumab e impedisce la trasduzione del segnale di IL-4 e IL-13.</p> <p>Le citochine IL-4 e IL-13 sono estremamente importanti nel percorso Th2 che è responsabile di condizioni come l'eczema, l'asma e le allergie. Quindi, IL-4 e IL-13 sono molto specifici per la dermatite atopica. Bloccando IL-4Ra, dupilumab blocca queste due importantissime citochine che sono importanti per la dermatite atopica. L'altro farmaco biologico è tralokinumab. Tralokinumab blocca specificamente IL-13. Quindi, invece di bloccare IL-4Ra, blocca direttamente IL-13 e in questo modo blocca solo uno dei segnali e, di conseguenza, aiuta a migliorare la dermatite atopica. Il successivo gruppo di farmaci comprende gli inibitori orali delle JAK. Gli inibitori orali delle JAK funzionano in modo diverso. Molte citochine possono teoricamente legarsi ai recettori delle citochine che includono IL-4 e IL-13, che come sappiamo sono importanti per dupilumab. Inoltre, abbiamo IL-5, che è responsabile degli eosinofili, e IL-31, che è associato al prurito. Molte citochine diverse possono essere bloccate con questo inibitore delle JAK. Le JAK sono recettori intracellulari. Generalmente si ha una citochina come IL-5, per esempio, che lega il recettore delle citochine, quindi si dimerizza e poi entra nel nucleo e trascrive determinati geni. E questi</p>

# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>geni sono responsabili del prurito, percorso Th2, che è responsabile dell'eczema e colpisce la barriera cutanea. Ma, bloccando questo con un inibitore delle JAK come abrocitinib, upadacitinib o baricitinib, in realtà si bloccano questi effetti a valle e quindi si inibisce l'aumento del prurito cutaneo e della polarizzazione Th2. Questa è una piccola molecola intracellulare che funziona in modo diverso e di conseguenza blocca più citochine.</p>																																								
<p>36.</p>	<p><b>Addressing the Urgent Need for Diversity: Evaluating AD Therapies in Patients With SoC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Few data exist on differences in treatment efficacy and safety in patients with AD of different skin types</li> <li>Standalone trials and subgroup analyses based on race/ethnicity for JAK inhibitor class or tralokinumab in patients with SoC<sup>1</sup> are absent</li> <li>Post hoc analyses of phase 3 dupilumab trials have examined efficacy and safety by race<sup>2</sup></li> </ul> 	<p>Come stiamo affrontando l'urgente bisogno di diversificazione? Giusto. Vogliamo sapere cosa stiamo facendo per i pazienti di colore. Esistono pochi dati sulle differenze nell'efficacia e nella sicurezza del trattamento nei pazienti affetti da dermatite atopica con tipi diversi di pelle. Per il momento, non ci sono studi indipendenti o analisi di sottogruppi per gli inibitori delle JAK o per tralokinumab. Pertanto, non sappiamo davvero in modo specifico come gli inibitori delle JAK o il nuovo farmaco tralokinumab agiscano sulla pelle di colore. Tuttavia, dupilumab, il primissimo farmaco, dispone di analisi post-hoc che valutano l'efficacia e la sicurezza in base a razza ed etnia.</p>																																								
<p>37.</p>	<p><b>Efficacy and Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Post hoc analysis utilizing data from three phase 3 trials of dupilumab in AD: LIBERTY AD SOLO 1, LIBERTY AD SOLO 2, and CHRONOS</li> <li>Total of 2058 patients, including:             <ul style="list-style-type: none"> <li>1429 White patients</li> <li>501 Asian patients</li> <li>128 Black/AA patients</li> </ul> </li> <li>Baseline demographics and disease characteristics were generally balanced among treatment groups and racial subgroups; most patients had high disease burden at baseline</li> </ul> 	<p>Entriamo nei dettagli dello studio che riguarda la pelle di colore. In questa analisi post-hoc sono stati esaminati tre diversi studi di fase 3, per un totale di 2.058 pazienti; 1.429 erano bianchi, 501 asiatici e 128 neri o afroamericani. I dati demografici di base e le caratteristiche della malattia erano generalmente bilanciati tra i gruppi di trattamento e i sottogruppi razziali. La maggior parte dei pazienti presentavano un elevato carico di malattia al basale. Come sapete, in questi studi stiamo valutando la dermatite atopica da moderata a grave.</p>																																								
<p>38.</p>	<p><b>Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</b></p> <p>Change in EASI: LS Mean Change from Baseline at Week 16</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Subgroup</th> <th>Placebo Change (SE)</th> <th>Dupilumab Change (SE)</th> <th>P Value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>White</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.36 (0.693)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.47 (0.651)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td><b>Asian</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.664)</td> <td>-24.23 (1.615)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.664)</td> <td>-25.46 (1.455)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td><b>Black/AA</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-11.88 (1.947)</td> <td>-20.02 (2.722)</td> <td>.0161</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-11.88 (1.947)</td> <td>-19.98 (1.925)</td> <td>.0028</td> </tr> </tbody> </table> 	Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value	<b>White</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.36 (0.693)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.47 (0.651)	<.0001	<b>Asian</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.664)	-24.23 (1.615)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.664)	-25.46 (1.455)	<.0001	<b>Black/AA</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-11.88 (1.947)	-20.02 (2.722)	.0161	Dupilumab qw vs Placebo	-11.88 (1.947)	-19.98 (1.925)	.0028	<p>Quello che vogliamo esaminare è il cambiamento nel punteggio EASI. Si tratta del punteggio dell'indice relativo a estensione e gravità dell'eczema. Poiché abbiamo esaminato pazienti bianchi, la variazione del punteggio per i pazienti con dupilumab ogni 2 settimane era una diminuzione di circa 25, che rappresenta un calo significativo della gravità dell'eczema. Per i pazienti asiatici, la variazione di gravità era di 24, anch'essa un calo significativo. E per i pazienti di colore, la variazione di gravità ogni 2 settimane era di 20. Non così alto, ma comunque un calo significativo della gravità dell'eczema. Questo studio evidenzia in qualche</p>
Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value																																							
<b>White</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.36 (0.693)	<.0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.47 (0.651)	<.0001																																							
<b>Asian</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.664)	-24.23 (1.615)	<.0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.664)	-25.46 (1.455)	<.0001																																							
<b>Black/AA</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-11.88 (1.947)	-20.02 (2.722)	.0161																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-11.88 (1.947)	-19.98 (1.925)	.0028																																							

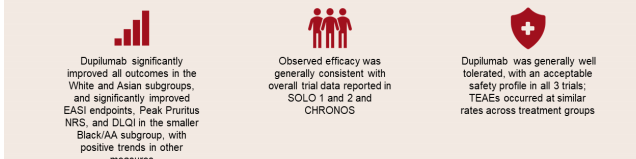




# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

<p>41.</p>	<h3>Efficacy and Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials (cont)</h3>  <p>Dupilumab significantly improved all outcomes in the White and Asian subgroups, and significantly improved EASI endpoints, Peak Pruritus NRS, and DLQI in the smaller Black/AA subgroup, with positive trends in other measures</p> <p>Observed efficacy was generally consistent with overall trial data reported in SOLO 1 and 2 and CHRONOS</p> <p>Dupilumab was generally well tolerated, with an acceptable safety profile in all 3 trials; TEAEs occurred at similar rates across treatment groups</p> <p><small>Amich AJ, et al. J Drugs Dermatol 2019;18:1034-43</small></p>	<p>Quindi, l'efficacia complessiva e la sicurezza sono state simili in tutti i gruppi. In conclusione, dupilumab con o senza concomitanti corticosteroidi topici ha migliorato significativamente i segni e i sintomi della dermatite atopica e la qualità della vita in tutti i gruppi razziali e gruppi di efficacia. Dupilumab è stato generalmente considerato sicuro e molto ben tollerato in tutti e tre gli studi senza differenze sostanziali tra gli eventi avversi del trattamento nel gruppo nero, nel gruppo asiatico o nel gruppo bianco.</p>																																																																																					
<p>42.</p>	<h3>Real-world Treatment Outcomes of Dupilumab in Patients with AD and Different Skin Types</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Observational prospective cohort study; eligible patients were children and adults with AD receiving dupilumab, cyclosporine, and/or methotrexate</li> <li>Total of 235 patients, stratified by Fitzpatrick skin type:             <ul style="list-style-type: none"> <li>156 light skin type (Fitzpatrick skin type 1-3)</li> <li>68 dark skin type (Fitzpatrick skin type 4-6)</li> </ul> </li> <li>Patients followed for <b>6 months</b></li> </ul> <p>Significant improvements observed for all outcome measures in both skin type groups when treated with dupilumab</p> <p>DST patients had significantly greater EASI improvements with dupilumab compared to LST patients, after accounting for baseline differences</p> <p>Dupilumab was well tolerated and resulted in fewer treatment discontinuations (14%) than methotrexate (46%) or cyclosporine (31%)</p> <p><small>DLQI: Dermatology Life Quality Index; DST: dark skin type; LST: light skin type; Source: Ali, et al. JAMA Dermatol 2022;160:14-24</small></p> <table border="1" data-bbox="550 716 901 996"> <thead> <tr> <th></th> <th>Baseline Score</th> <th>Follow-up Score</th> <th>P Value</th> <th>Δ Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><b>EASI</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>24.2 (13.0)</td> <td>7.5 (7.1)</td> <td>&lt;.001</td> <td>16.7 (13.0)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>18.0 (13.0)</td> <td>8.3 (7.5)</td> <td>&lt;.001</td> <td>9.7 (11.0)</td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.032</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>POEM</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>20.2 (6.0)</td> <td>10.1 (6.0)</td> <td>&lt;.001</td> <td>10.1 (6.4)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>19.9 (5.7)</td> <td>10.5 (6.8)</td> <td>&lt;.001</td> <td>9.4 (6.8)</td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.33</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>DLQI</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>15.6 (6.8)</td> <td>6.2 (7.6)</td> <td>&lt;.001</td> <td>9.4 (6.5)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>14.1 (6.7)</td> <td>5.7 (5.7)</td> <td>&lt;.001</td> <td>8.4 (7.3)</td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.54</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>NRS</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>6.9 (1.8)</td> <td>3.5 (2.2)</td> <td>&lt;.001</td> <td>3.4 (2.3)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>7.2 (2.3)</td> <td>3.4 (2.7)</td> <td>&lt;.001</td> <td>3.7 (2.0)</td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.99</td> </tr> </tbody> </table>		Baseline Score	Follow-up Score	P Value	Δ Score	<b>EASI</b>					Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	<.001	16.7 (13.0)	Mean score LST (SD)	18.0 (13.0)	8.3 (7.5)	<.001	9.7 (11.0)	P value Δ difference				.032	<b>POEM</b>					Mean score DST (SD)	20.2 (6.0)	10.1 (6.0)	<.001	10.1 (6.4)	Mean score LST (SD)	19.9 (5.7)	10.5 (6.8)	<.001	9.4 (6.8)	P value Δ difference				.33	<b>DLQI</b>					Mean score DST (SD)	15.6 (6.8)	6.2 (7.6)	<.001	9.4 (6.5)	Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (5.7)	<.001	8.4 (7.3)	P value Δ difference				.54	<b>NRS</b>					Mean score DST (SD)	6.9 (1.8)	3.5 (2.2)	<.001	3.4 (2.3)	Mean score LST (SD)	7.2 (2.3)	3.4 (2.7)	<.001	3.7 (2.0)	P value Δ difference				.99	<p>E nel mondo reale? Gli studi clinici sono fantastici, ma non rispecchiano veramente il mondo reale e quei pazienti sono molto specifici, giusto? Si tratta di pazienti in un ambiente molto ben controllato. Vogliamo vedere come si comportano questi pazienti in un ambiente reale. Questo è uno studio di coorte osservazionale, prospettico e includeva pazienti che erano bambini e adulti con dermatite atopica, da moderata a grave, che ricevevano dupilumab, ciclosporina, [o] metotrexato. Ciclosporina e metotrexato sono farmaci molto più vecchi che usiamo da decenni per trattare la dermatite atopica. Si tratta di immunosoppressori che funzionano, ma che con l'avvento di quattro nuovi farmaci biologici e/o piccole molecole approvati dalla FDA per la dermatite atopica, stanno cadendo nel dimenticatoio. Ciò che lo studio ha fatto è stato interessante, perché in realtà ha suddiviso i pazienti in base al tipo di pelle secondo la classificazione di Fitzpatrick. Il tipo di pelle Fitzpatrick viene classificato in base a una scala che va da 1-6, con 1-3 per i tipi di pelle più chiari e 4-6 per i tipi di pelle più scuri. In questo studio, 156 partecipanti avevano tipi di pelle chiara e 68 avevano tipi di pelle scura, e questi pazienti sono stati seguiti per 6 mesi. Diamo un'occhiata al punteggio EASI, che è l'indice relativo a estensione e gravità dell'eczema. Osservando il cambiamento, la variazione percentuale dal basale al follow-up a 6 mesi nei pazienti con tipi di pelle più scuri, c'è stata una diminuzione di un punteggio di 16, un calo molto significativo della gravità dell'eczema. I tipi di pelle più chiari hanno avuto una diminuzione di 9. Sorprendentemente, i pazienti con tipi di pelle più scuri in realtà hanno avuto una reazione migliore e il loro</p>
	Baseline Score	Follow-up Score	P Value	Δ Score																																																																																			
<b>EASI</b>																																																																																							
Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	<.001	16.7 (13.0)																																																																																			
Mean score LST (SD)	18.0 (13.0)	8.3 (7.5)	<.001	9.7 (11.0)																																																																																			
P value Δ difference				.032																																																																																			
<b>POEM</b>																																																																																							
Mean score DST (SD)	20.2 (6.0)	10.1 (6.0)	<.001	10.1 (6.4)																																																																																			
Mean score LST (SD)	19.9 (5.7)	10.5 (6.8)	<.001	9.4 (6.8)																																																																																			
P value Δ difference				.33																																																																																			
<b>DLQI</b>																																																																																							
Mean score DST (SD)	15.6 (6.8)	6.2 (7.6)	<.001	9.4 (6.5)																																																																																			
Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (5.7)	<.001	8.4 (7.3)																																																																																			
P value Δ difference				.54																																																																																			
<b>NRS</b>																																																																																							
Mean score DST (SD)	6.9 (1.8)	3.5 (2.2)	<.001	3.4 (2.3)																																																																																			
Mean score LST (SD)	7.2 (2.3)	3.4 (2.7)	<.001	3.7 (2.0)																																																																																			
P value Δ difference				.99																																																																																			

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>indice di gravità dell'eczema è diminuito sensibilmente di più rispetto ai tipi di pelle bianca. E il POEM? Il POEM è una valutazione dell'eczema orientata al paziente, vale a dire che ai pazienti vengono fatte delle domande, sette domande per valutare la gravità come risultato riferito dal paziente. Quando osserviamo la differenza e il cambiamento tra tipi di pelle più scuri e tipi di pelle più chiari, notiamo che entrambi hanno avuto un calo significativo nella misura oggettiva, risultata da quanto riferito dal paziente. Tuttavia, non vi è alcuna differenza tra i tipi di pelle più scura e i tipi di pelle bianca. Il DLQI è l'Indice relativo alla qualità della vita in dermatologia e, ancora una volta, sia i gruppi di pelle più scura che i gruppi di pelle più chiara hanno avuto un calo significativo dell'impatto sulla qualità della vita. Tuttavia, non c'è differenza tra pelle più scura e tipi di pelle più chiara.</p>																																																																																										
<p>43.</p>	<div data-bbox="268 920 906 1272"> <h3>Heads Up: Efficacy and Safety of Upadacitinib vs Dupilumab in Adults With Moderate-to-Severe AD</h3>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Endpoint</th> <th>Time point</th> <th>Dupilumab, 300 mg (n=344)</th> <th>Upadacitinib, 30 mg (n=344)</th> <th>Difference</th> <th>P value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6"><b>Primary endpoint</b></td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-75*</td> <td>Week 16</td> <td>210 (61.1) [55.9-66.2]</td> <td>247 (71.0) [66.2-75.8]</td> <td>10</td> <td>.008</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>Secondary endpoints in order of ranking</b></td> </tr> <tr> <td>% Change from baseline in Worst Pruritus NRS<sup>b</sup></td> <td>Week 16</td> <td>-49.0 (2.0) [-52.9 to -45.2]</td> <td>-66.9 (1.9) [-70.6 to -63.2]</td> <td>-17.84</td> <td>&lt; .001</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td></td> <td>251</td> <td>258</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-100*</td> <td>Week 16</td> <td>26 (7.6) [4.8-10.4]</td> <td>97 (27.9) [23.2-32.6]</td> <td>20.3</td> <td>&lt; .001</td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-90*</td> <td>Week 16</td> <td>133 (38.7) [33.6-43.9]</td> <td>211 (60.6) [54.4-66.7]</td> <td>21.8</td> <td>&lt; .001</td> </tr> <tr> <td>% Change from baseline in Worst Pruritus NRS<sup>b</sup></td> <td>Week 4</td> <td>-31.7 (2.2) [-36.1 to -27.3]</td> <td>-59.5 (2.2) [-63.8 to -55.2]</td> <td>-27.8</td> <td>&lt; .001</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td></td> <td>310</td> <td>333</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-75*</td> <td>Week 2</td> <td>60 (17.5) [13.5-21.5]</td> <td>152 (43.7) [38.4-48.8]</td> <td>26.0</td> <td>&lt; .001</td> </tr> <tr> <td>% Change from baseline in Worst Pruritus NRS<sup>b</sup></td> <td>Week 1</td> <td>-8.8 (1.8) [-12.3 to -5.3]</td> <td>-31.4 (1.7) [-34.9 to -28.0]</td> <td>-22.7</td> <td>&lt; .001</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td></td> <td>327</td> <td>337</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Worst Pruritus NRS improvement<sup>c,d</sup> (score<sup>e</sup>)</td> <td>Week 16</td> <td>120 (35.7) [30.7-41.0]</td> <td>188 (55.3) [49.9-60.5]</td> <td>19.3</td> <td>&lt; .001</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td>NA</td> <td>336</td> <td>340</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>EASI-75: 75% reduction from baseline in the Eczema Area and Severity Index. NA, not applicable.  <sup>a</sup> n=295 (85.5%) for dupilumab and 295 (85.5%) for upadacitinib.  <sup>b</sup> Worst Pruritus NRS is a 0-10 scale (0=none, 10=worst).  <sup>c</sup> Worst Pruritus NRS improvement is defined as the difference between Worst Pruritus NRS at baseline and Worst Pruritus NRS at the time point.  <sup>d</sup> Worst Pruritus NRS improvement is defined as the difference between Worst Pruritus NRS at baseline and Worst Pruritus NRS at the time point.  <sup>e</sup> Worst Pruritus NRS improvement is defined as the difference between Worst Pruritus NRS at baseline and Worst Pruritus NRS at the time point.</small></p> </div>	Endpoint	Time point	Dupilumab, 300 mg (n=344)	Upadacitinib, 30 mg (n=344)	Difference	P value	<b>Primary endpoint</b>						Achievement of EASI-75*	Week 16	210 (61.1) [55.9-66.2]	247 (71.0) [66.2-75.8]	10	.008	<b>Secondary endpoints in order of ranking</b>						% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 16	-49.0 (2.0) [-52.9 to -45.2]	-66.9 (1.9) [-70.6 to -63.2]	-17.84	< .001	No.		251	258			Achievement of EASI-100*	Week 16	26 (7.6) [4.8-10.4]	97 (27.9) [23.2-32.6]	20.3	< .001	Achievement of EASI-90*	Week 16	133 (38.7) [33.6-43.9]	211 (60.6) [54.4-66.7]	21.8	< .001	% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 4	-31.7 (2.2) [-36.1 to -27.3]	-59.5 (2.2) [-63.8 to -55.2]	-27.8	< .001	No.		310	333			Achievement of EASI-75*	Week 2	60 (17.5) [13.5-21.5]	152 (43.7) [38.4-48.8]	26.0	< .001	% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 1	-8.8 (1.8) [-12.3 to -5.3]	-31.4 (1.7) [-34.9 to -28.0]	-22.7	< .001	No.		327	337			Worst Pruritus NRS improvement <sup>c,d</sup> (score <sup>e</sup> )	Week 16	120 (35.7) [30.7-41.0]	188 (55.3) [49.9-60.5]	19.3	< .001	No.	NA	336	340	NA	NA	<p>Il prossimo punto che volevo trattare era il confronto tra upadacitinib e dupilumab. Abbiamo notato che dupilumab si è dimostrato efficace nei pazienti di colore, in particolare nei pazienti neri e asiatici. Ora vogliamo solo confrontare dupilumab in generale con upadacitinib e gli inibitori orali delle JAK. In questo studio, sono stati messi a confronto dupilumab e upadacitinib a 30 milligrammi. Si tenga presente che quando si inizia con upadacitinib, di solito si inizia con 15 milligrammi. Quindi, si tratta di una dose più alta di upadacitinib. Quando sono stati messi a confronto i gruppi, il loro risultato primario era il raggiungimento del punteggio EASI del 75% di miglioramento alla settimana 16. Il 61% dei pazienti con dupilumab ha raggiunto l'EASI-75 contro il 71% dei pazienti con upadacitinib. Quindi upadacitinib ha effettivamente mostrato un'efficacia maggiore rispetto a dupilumab per quanto riguarda l'indice relativo a gravità ed estensione dell'eczema a 75. Quando consideriamo il raggiungimento di EASI-100 e EASI-90, che è un risultato ancora maggiore, il 27% dei pazienti trattati con upadacitinib ha raggiunto EASI-100 contro solo il 7% dei pazienti trattati con dupilumab e, allo stesso modo, il 60% ha raggiunto EASI-90 contro solo il 38%. I pazienti hanno continuato a raggiungere punteggi migliori con upadacitinib rispetto a dupilumab 300. Quando si confrontano</p>
Endpoint	Time point	Dupilumab, 300 mg (n=344)	Upadacitinib, 30 mg (n=344)	Difference	P value																																																																																							
<b>Primary endpoint</b>																																																																																												
Achievement of EASI-75*	Week 16	210 (61.1) [55.9-66.2]	247 (71.0) [66.2-75.8]	10	.008																																																																																							
<b>Secondary endpoints in order of ranking</b>																																																																																												
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 16	-49.0 (2.0) [-52.9 to -45.2]	-66.9 (1.9) [-70.6 to -63.2]	-17.84	< .001																																																																																							
No.		251	258																																																																																									
Achievement of EASI-100*	Week 16	26 (7.6) [4.8-10.4]	97 (27.9) [23.2-32.6]	20.3	< .001																																																																																							
Achievement of EASI-90*	Week 16	133 (38.7) [33.6-43.9]	211 (60.6) [54.4-66.7]	21.8	< .001																																																																																							
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 4	-31.7 (2.2) [-36.1 to -27.3]	-59.5 (2.2) [-63.8 to -55.2]	-27.8	< .001																																																																																							
No.		310	333																																																																																									
Achievement of EASI-75*	Week 2	60 (17.5) [13.5-21.5]	152 (43.7) [38.4-48.8]	26.0	< .001																																																																																							
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 1	-8.8 (1.8) [-12.3 to -5.3]	-31.4 (1.7) [-34.9 to -28.0]	-22.7	< .001																																																																																							
No.		327	337																																																																																									
Worst Pruritus NRS improvement <sup>c,d</sup> (score <sup>e</sup> )	Week 16	120 (35.7) [30.7-41.0]	188 (55.3) [49.9-60.5]	19.3	< .001																																																																																							
No.	NA	336	340	NA	NA																																																																																							

# Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

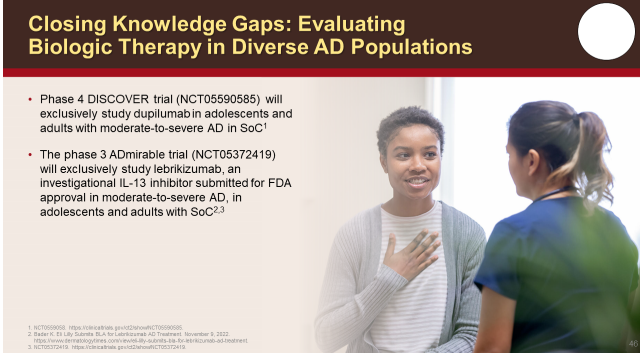
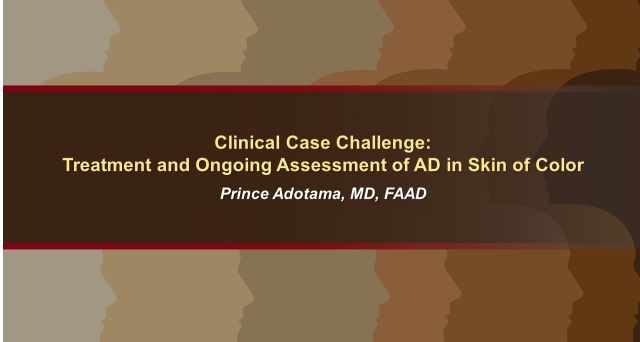
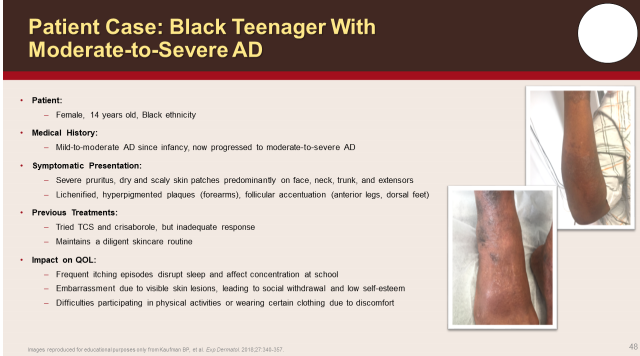
Impatti su individui con pelle di colore

		<p>direttamente solo i risultati tra upadacitinib e dupilumab, si tenga presente che per upadacitinib parliamo di 30 mg, che è la dose più alta, alcune evidenze ci dicono che upadacitinib può superare il dupilumab in termini di risultati. In questo studio non ci sono stati nuovi segnali relativi alla sicurezza per upadacitinib né per dupilumab.</p>												
<p>44.</p>	<p><b>Question</b></p> <p>Based on available data, which treatment for moderate-to-severe AD has specifically demonstrated efficacy and safety in individuals with SoC?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dupilumab</li> <li>b. Tralokinumab</li> <li>c. Abrocitinib</li> <li>d. Baricitinib</li> <li>e. Upadacitinib</li> </ul>	<p>Quindi, sulla base dei dati disponibili, quale trattamento per la dermatite atopica da moderata a grave ha specificamente dimostrato efficacia e sicurezza negli individui con pelle di colore? La risposta sarebbe dupilumab. Questo è l'unico farmaco attualmente sul mercato che dispone di un tipo di analisi post-hoc che valuta la pelle di colore nello specifico per il trattamento della dermatite atopica, da moderata a grave.</p>												
<p>45.</p>	<p><b>Skin of Color Society's Meeting the Challenge Summit, 2022: Recommendations for Increasing Clinical Trial Representation</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Journals</th> <th>Community-based Organizations</th> <th>Healthcare Professionals</th> <th>Investigators</th> <th>Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)</th> <th>Federal Agencies (FDA, NIH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Institute requirements for diverse populations in research to address publication</li> <li>• Ensure data published are applicable and representative of the population</li> <li>• Journal editors need to proactively raise diversity in their educational content and to focus on author representation</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase awareness and education about clinical trials and work with stakeholder groups to include communities of color</li> <li>• Increase outreach efforts in underserved communities</li> <li>• Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available</li> <li>• Work with sponsors and physicians to reach out to community members</li> <li>• Establish patient advocacy groups</li> <li>• Community based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds</li> <li>• Ensure availability of culturally sensitive, patient-discord information, 24/7 language translation capability</li> <li>• Work with community organizations and sponsors to increase trust and spread awareness of clinical trials</li> <li>• Ensure that clinical trial managers are consistently providing updates and open communication throughout the clinical trial process</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Create inclusive language, terminology, and word choice, especially when discussing race and ethnicity</li> <li>• Create diverse and bilingual research staff</li> <li>• Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants</li> <li>• Collaborate with communities and with health equity researchers on research priorities</li> <li>• Create guidelines for inclusive criteria of study populations</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provide funding and support resources to resource limited settings locally, regionally, and nationally</li> <li>• Meet and work with community leaders and principal investigators and learn from their clinical trials</li> <li>• Collaborate with communities and with health equity researchers on research priorities</li> <li>• Change the fee structure to provide up front costs for certain practical items as well as fully and paying research teams</li> <li>• Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders</li> <li>• Decentralize clinical trials</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act</li> <li>• Advocate for legal legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans</li> <li>• Create task forces to address and implement novel ways to approach increasing diversity in research</li> <li>• Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research</li> <li>• Implement tax credits or financial penalties for companies that do or do not meet diversity benchmarks</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Journals	Community-based Organizations	Healthcare Professionals	Investigators	Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)	Federal Agencies (FDA, NIH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institute requirements for diverse populations in research to address publication</li> <li>• Ensure data published are applicable and representative of the population</li> <li>• Journal editors need to proactively raise diversity in their educational content and to focus on author representation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase awareness and education about clinical trials and work with stakeholder groups to include communities of color</li> <li>• Increase outreach efforts in underserved communities</li> <li>• Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available</li> <li>• Work with sponsors and physicians to reach out to community members</li> <li>• Establish patient advocacy groups</li> <li>• Community based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds</li> <li>• Ensure availability of culturally sensitive, patient-discord information, 24/7 language translation capability</li> <li>• Work with community organizations and sponsors to increase trust and spread awareness of clinical trials</li> <li>• Ensure that clinical trial managers are consistently providing updates and open communication throughout the clinical trial process</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Create inclusive language, terminology, and word choice, especially when discussing race and ethnicity</li> <li>• Create diverse and bilingual research staff</li> <li>• Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants</li> <li>• Collaborate with communities and with health equity researchers on research priorities</li> <li>• Create guidelines for inclusive criteria of study populations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provide funding and support resources to resource limited settings locally, regionally, and nationally</li> <li>• Meet and work with community leaders and principal investigators and learn from their clinical trials</li> <li>• Collaborate with communities and with health equity researchers on research priorities</li> <li>• Change the fee structure to provide up front costs for certain practical items as well as fully and paying research teams</li> <li>• Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders</li> <li>• Decentralize clinical trials</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act</li> <li>• Advocate for legal legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans</li> <li>• Create task forces to address and implement novel ways to approach increasing diversity in research</li> <li>• Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research</li> <li>• Implement tax credits or financial penalties for companies that do or do not meet diversity benchmarks</li> </ul>	<p>Cosa si può fare per assicurarsi che questi studi clinici e queste aziende farmaceutiche rappresentino adeguatamente le persone di colore? La Skin of Color Society ha in effetti tenuto un Challenge Summit durante il quale ha invitato le principali parti interessate di varie organizzazioni a incontrarsi e determinare come si possa aumentare la rappresentanza negli studi clinici. Questo vertice in effetti si muove in diverse direzioni. Si formulano raccomandazioni per le riviste e come le riviste e gli editori di riviste possono promuovere volutamente la diversità nei loro contenuti didattici. Ci si rivolge alle organizzazioni community-based e suggerisce loro come aumentare le iniziative di sensibilizzazione nelle comunità minoritarie e istituire gruppi di difesa dei pazienti. Sono stati contattati operatori sanitari e ricercatori. Sono state fornite raccomandazioni su [come] i ricercatori possono garantire che i loro materiali di ricerca includano popolazioni diverse e personale di ricerca bilingue e che la loro programmazione sia molto flessibile per tutti i gruppi di pazienti. E sono state formulate raccomandazioni, anche molto forti, per gli sponsor degli studi, per le aziende farmaceutiche e per le agenzie federali. Questo studio pubblicato, disponibile su <i>JAMA Dermatology</i>, è un ottimo modo per noi di imparare come comunità cosa possiamo fare</p>
Journals	Community-based Organizations	Healthcare Professionals	Investigators	Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)	Federal Agencies (FDA, NIH)									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institute requirements for diverse populations in research to address publication</li> <li>• Ensure data published are applicable and representative of the population</li> <li>• Journal editors need to proactively raise diversity in their educational content and to focus on author representation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase awareness and education about clinical trials and work with stakeholder groups to include communities of color</li> <li>• Increase outreach efforts in underserved communities</li> <li>• Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available</li> <li>• Work with sponsors and physicians to reach out to community members</li> <li>• Establish patient advocacy groups</li> <li>• Community based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds</li> <li>• Ensure availability of culturally sensitive, patient-discord information, 24/7 language translation capability</li> <li>• Work with community organizations and sponsors to increase trust and spread awareness of clinical trials</li> <li>• Ensure that clinical trial managers are consistently providing updates and open communication throughout the clinical trial process</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Create inclusive language, terminology, and word choice, especially when discussing race and ethnicity</li> <li>• Create diverse and bilingual research staff</li> <li>• Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants</li> <li>• Collaborate with communities and with health equity researchers on research priorities</li> <li>• Create guidelines for inclusive criteria of study populations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provide funding and support resources to resource limited settings locally, regionally, and nationally</li> <li>• Meet and work with community leaders and principal investigators and learn from their clinical trials</li> <li>• Collaborate with communities and with health equity researchers on research priorities</li> <li>• Change the fee structure to provide up front costs for certain practical items as well as fully and paying research teams</li> <li>• Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders</li> <li>• Decentralize clinical trials</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act</li> <li>• Advocate for legal legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans</li> <li>• Create task forces to address and implement novel ways to approach increasing diversity in research</li> <li>• Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research</li> <li>• Implement tax credits or financial penalties for companies that do or do not meet diversity benchmarks</li> </ul>									

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

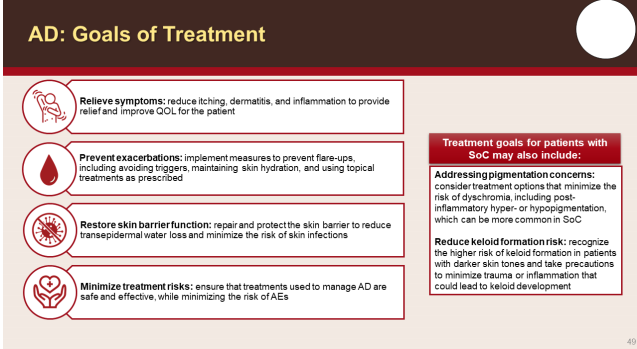
		<p>per aumentare realmente la rappresentanza di persone di colore nei nostri studi clinici. In questo modo, evitiamo situazioni in cui dupilumab è l'unico [tra gli agenti studiati in uno] studio clinico fino ad oggi che ha rappresentato pazienti di colore.</p>
46.	 <p><b>Closing Knowledge Gaps: Evaluating Biologic Therapy in Diverse AD Populations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Phase 3 DISCOVER trial (NCT05590585) will exclusively study dupilumab in adolescents and adults with moderate-to-severe AD in SoC<sup>1</sup></li> <li>The phase 3 ADmirable trial (NCT05372419) will exclusively study lebrikizumab, an investigational IL-13 inhibitor submitted for FDA approval in moderate-to-severe AD, in adolescents and adults with SoC<sup>2,3</sup></li> </ul>	<p>Ma cosa stiamo facendo per colmare queste lacune di conoscenza? Al momento c'è un discovery trial di fase 4 in corso, esclusivamente per dupilumab. E stiamo esaminando adolescenti e adulti con dermatite atopica da moderata a grave e verrà svolto specificamente per i pazienti di colore. Questo è qualcosa, quando funziona, su cui ci stiamo concentrando e siamo davvero felici che dupilumab lo stia facendo funzionare. Il prossimo punto è lo studio ADmirable di fase 3, che è uno studio esclusivo condotto sul lebrikizumab. Si tratta di un nuovissimo inibitore sperimentale di IL-13 e questo farmaco si concentrerà sull'osservazione della dermatite atopica da moderata a grave e lo studio sarà svolto specificamente nei pazienti di colore. Ora abbiamo due studi attualmente in corso, che si concentreranno sulla pelle di colore. Quindi potremo avere un'idea migliore di come reagiscono i pazienti di colore ai farmaci per la dermatite atopica.</p>
47.	 <p><b>Clinical Case Challenge: Treatment and Ongoing Assessment of AD in Skin of Color</b> Prince Adotama, MD, FAAD</p>	<p>Ora cambiamo marcia e parliamo di casi clinici. Questa discussione sui casi clinici si concentrerà sul trattamento e sulle valutazioni in corso per la dermatite atopica nei pazienti di colore.</p>
48.	 <p><b>Patient Case: Black Teenager With Moderate-to-Severe AD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Patient:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Female, 14 years old, Black ethnicity</li> </ul> </li> <li><b>Medical History:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mild-to-moderate AD since infancy, now progressed to moderate-to-severe AD</li> </ul> </li> <li><b>Symptomatic Presentation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Severe pruritus, dry and scaly skin patches predominantly on face, neck, trunk, and extensors</li> <li>Lichenified, hyperpigmented plaques (forearms), follicular accentuation (anterior legs, dorsal feet)</li> </ul> </li> <li><b>Previous Treatments:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tried TCS and crisaborole, but inadequate response</li> <li>Maintains a diligent skincare routine</li> </ul> </li> <li><b>Impact on QoL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Frequent itching episodes disrupt sleep and affect concentration at school</li> <li>Embarrassment due to visible skin lesions, leading to social withdrawal and low self-esteem</li> <li>Difficulties participating in physical activities or wearing certain clothing due to discomfort</li> </ul> </li> </ul>	<p>Parliamo di questa prima paziente. Si tratta di una paziente nera, di 14 anni, che ha avuto una dermatite atopica da lieve a moderata per quasi tutta la vita, ma recentemente la malattia è progredita in dermatite atopica da moderata a grave. Ha un forte prurito, chiazze di pelle secca e squamosa prevalentemente sul viso, sul collo, sul tronco e sulle superfici estensorie. Presenta anche lichenificazione e placche altamente pigmentate sugli avambracci con accentuazione follicolare sulla parte anteriore delle gambe e sulla zona dorsale dei piedi. Come ha detto prima la Dott.ssa Taylor, queste sono in genere le aree dove si concentra la dermatite atopica</p>



## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

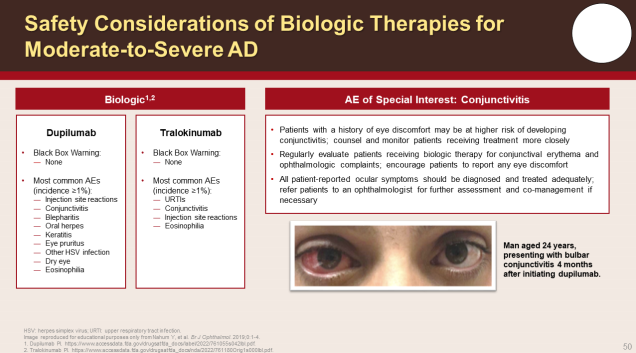
Impatti su individui con pelle di colore

		<p>nelle persone di colore. In genere hanno un maggiore interessamento del collo e delle superfici estensorie e una maggiore accentuazione follicolare. Questa paziente aveva usato senza successo corticosteroidi topici e il crisaborolo e ha avuto una risposta inadeguata ad entrambi i trattamenti topici. Ha anche una routine di cura della pelle molto diligente. Questa dermatite atopica ha un enorme impatto sulla sua qualità di vita. Ha frequenti episodi di prurito che le interrompono il sonno e compromettono la sua concentrazione a scuola. È molto imbarazzata per via delle lesioni cutanee e [ciò] le comporta una bassa autostima e si sottrae alla socializzazione. In conseguenza di questi cerotti, ha molte difficoltà a partecipare ad attività fisiche o a indossare determinati indumenti.</p>
49.		<p>Quali sono i nostri obiettivi terapeutici quando abbiamo un paziente con dermatite atopica? Ci sono quattro obiettivi principali terapeutici. Innanzitutto vogliamo alleviare i sintomi. Vogliamo ridurre il prurito, vogliamo migliorare la dermatite in modo anche da migliorare la qualità della vita. Vogliamo anche prevenire le esacerbazioni. Questa è una condizione cronica, quindi anche se trattiamo questa riacutizzazione attuale, vogliamo assicurarci di essere in grado di trattarla a lungo termine in modo da poter prevenire successive esacerbazioni. E inoltre vogliamo assicurarci che i pazienti utilizzino una protezione diligente per la cura della pelle. Vogliamo poter ripristinare la funzione della barriera cutanea. Vogliamo proteggere quella barriera cutanea per ridurre la perdita di acqua transepidermica e assicurarci che questi pazienti utilizzino una cura della pelle e un'idratazione adeguata e in modo diligente. Vogliamo anche ridurre al minimo gli eventi avversi del trattamento. Gli steroidi potenzialmente possono causare iperpigmentazione o atrofia. Vogliamo assicurarci di ridurre al minimo tutti questi rischi terapeutici. E vogliamo anche assicurarci che siano gestiti i problemi di pigmentazione quando i pazienti con dermatite atopica migliorano, in particolare i pazienti di colore, perché c'è la possibilità che iperpigmentazione o ipopigmentazione permangano; è importante come dermatologi affrontare anche queste</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>condizioni. I pazienti [con] la pelle di colore possono essere a maggior rischio di formazione di cheloidi. È bene essere consapevoli di questo rischio per questi pazienti, in particolare per i pazienti che in genere si grattano molto.</p>				
50.	 <p><b>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD</b></p> <p><b>Biologic<sup>1,2</sup></b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dupilumab</th> <th>Tralokinumab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>None</li> </ul> </li> <li>Most common AEs (incidence &gt;1%):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Injection site reactions</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Blepharitis</li> <li>Oral herpes</li> <li>Keratitis</li> <li>Eye pruritus</li> <li>Other HSV infection</li> <li>Dry eye</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>None</li> </ul> </li> <li>Most common AEs (incidence &gt;1%):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>URTIs</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Injection site reactions</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>AE of Special Interest: Conjunctivitis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients with a history of eye discomfort may be at higher risk of developing conjunctivitis; counsel and monitor patients receiving treatment more closely</li> <li>Regularly evaluate patients receiving biologic therapy for conjunctival erythema and ophthalmologic complaints; encourage patients to report any eye discomfort</li> <li>All patient-reported ocular symptoms should be diagnosed and treated adequately; refer patients to an ophthalmologist for further assessment and co-management if necessary</li> </ul> <p><b>Man aged 24 years, presenting with bulbar conjunctivitis 4 months after initiating dupilumab.</b></p> <p><small>HSV: herpes simplex virus; URTI: upper respiratory tract infection. Images reproduced from educational presentation by Tralokinumab (TAL) in DU. Ophthalmol. 2019;1-4. 1. Dupilumab. PI: <a href="https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/201540Orig1s01.pdf">https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/201540Orig1s01.pdf</a> 2. Tralokinumab. PI: <a href="https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/201540Orig1s01.pdf">https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/201540Orig1s01.pdf</a></small></p>	Dupilumab	Tralokinumab	<ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>None</li> </ul> </li> <li>Most common AEs (incidence &gt;1%):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Injection site reactions</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Blepharitis</li> <li>Oral herpes</li> <li>Keratitis</li> <li>Eye pruritus</li> <li>Other HSV infection</li> <li>Dry eye</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>None</li> </ul> </li> <li>Most common AEs (incidence &gt;1%):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>URTIs</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Injection site reactions</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul>	<p>Quali sono i problemi di sicurezza per le terapie biologiche? Le terapie biologiche includono dupilumab e tralokinumab. Entrambe queste terapie biologiche non hanno avvertenze nella black box. Tuttavia, hanno il loro elenco di effetti collaterali. L'effetto collaterale più comune per i pazienti trattati con farmaci biologici sono le reazioni sul sito di iniezione (come ho detto prima, questo è un farmaco iniettabile) e la congiuntivite, di cui parleremo più avanti. Poi esiste un potenziale aumento del rischio di infezioni erpetiche e secchezza oculare. Tralokinumab ha effetti collaterali simili, tra cui congiuntivite, reazioni nel sito di iniezione e infezioni del tratto respiratorio superiore.</p> <p>Vorrei concentrarmi sulla congiuntivite perché è un effetto indesiderato che può insorgere in pazienti trattati con dupilumab e tralokinumab. Comporta infiammazione e arrossamento degli occhi. I pazienti con una storia clinica di fastidio agli occhi al basale possono essere a maggior rischio di sviluppare la congiuntivite. È molto importante consigliare il paziente e monitorarlo mentre è in terapia. I pazienti devono ricevere valutazioni regolari da parte del medico. E assicuriamoci che sappiano che devono rivolgersi al dermatologo se hanno problemi di fastidio agli occhi. E vi dico questo perché esiste l'eventualità che i pazienti vengano indirizzati ai colleghi di oftalmologia per l'assistenza nel trattamento della congiuntivite come evento avverso [di] dupilumab e tralokinumab. Questo è un paziente, ad esempio, di 24 anni con congiuntivite bulbare insorta 4 mesi dopo l'inizio della terapia, e questa è una situazione in cui si vorrebbe poter assistere il paziente e ottenere aiuto dai colleghi di oftalmologia per tenere meglio sotto controllo questo evento.</p>
Dupilumab	Tralokinumab					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>None</li> </ul> </li> <li>Most common AEs (incidence &gt;1%):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Injection site reactions</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Blepharitis</li> <li>Oral herpes</li> <li>Keratitis</li> <li>Eye pruritus</li> <li>Other HSV infection</li> <li>Dry eye</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>None</li> </ul> </li> <li>Most common AEs (incidence &gt;1%):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>URTIs</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Injection site reactions</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul>					

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

51.

**Safety Considerations of JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD<sup>1</sup>**

AEs Commonly Reported	Black Box Warning
UTRI	Serious infection
Headache	Mortality
Nasopharyngitis	Malignancies
Nausea	Major adverse cardiovascular events
Acne	Thrombosis

Meta-analysis did not find an association between treatment with JAK inhibitors and VTE in patients with AD.<sup>2</sup>

VTE: venous thromboembolism.  
1. Bhandari R. Skin therapy considerations for patients with AD. 2. Chen TL, et al. JAMA Dermatol. 2022;158(12):1254-1261.

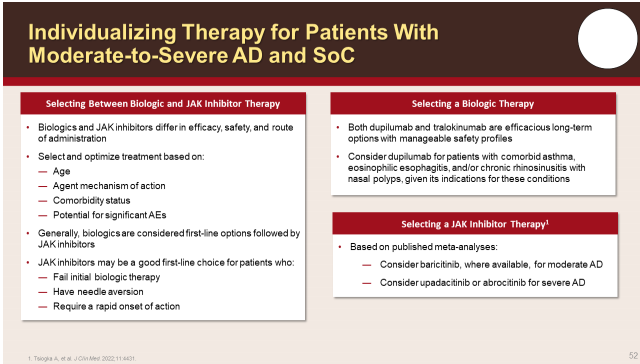
E gli inibitori delle JAK? Gli inibitori delle JAK sono piccole molecole da assumersi oralmente e hanno una serie diversa di effetti collaterali. Gli effetti collaterali più comuni riportati includono infezioni del tratto respiratorio superiore, mal di testa, rinofaringite e nausea. I pazienti, curiosamente, possono presentare anche acne. Alcune persone la chiamano "JAKne", ossia una condizione nella quale i pazienti che assumono inibitori orali delle JAK o anche inibitori topici delle JAK possono sviluppare poco dopo acne, che spesso viene trattata proprio attraverso questi inibitori o potrebbe altrimenti essere necessario trattare quell'acne in modo specifico per tenerla sotto controllo.

Le avvertenze sono anche riportate nella black box. A differenza dei farmaci biologici, gli inibitori orali delle JAK hanno avvertenze che includono infezioni gravi, aumento della mortalità, tumori maligni, eventi cardiovascolari avversi maggiori e trombosi. Infatti, i pazienti che hanno uno o più eventi cardiovascolari, fattori di rischio come il diabete o l'ipertensione [devono] essere cauti quando usano gli inibitori delle JAK, a causa di queste avvertenze nella black box, così come i pazienti [che] hanno una anamnesi di embolia polmonare o coaguli di sangue. Una recente meta-analisi ha esaminato i pazienti con dermatite atopica, in particolare quelli trattati con inibitori orali delle JAK, e in quella specifica coorte non è stato rilevato un aumento del rischio di tromboembolia venosa. Tuttavia, ricordate che questi inibitori orali delle JAK vengono utilizzati già da un po' di tempo e sono stati impiegati anche per il trattamento di altre condizioni, tra cui l'artrite, e in quella coorte di pazienti esiste un rischio maggiore di tromboembolia venosa; quindi occorre tenere presente che anche in presenza di un'avvertenza nella black box per la trombosi in pazienti che non ne sono a rischio, è sempre bene agire con cautela e non evitare del tutto il farmaco, la trombosi non è apparsa in una recente analisi come necessariamente più a rischio di insorgenza in questi pazienti con dermatite atopica. Quindi, è sempre importante eseguire un'anamnesi approfondita dei pazienti e della loro storia familiare, sociale e di tutti quei fattori che potrebbero essere determinanti

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>nella scelta di quale farmaco sia il migliore per il paziente specifico.</p>
<p>52.</p>	 <p><b>Individualizing Therapy for Patients With Moderate-to-Severe AD and SoC</b></p> <p><b>Selecting Between Biologic and JAK Inhibitor Therapy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biologics and JAK inhibitors differ in efficacy, safety, and route of administration</li> <li>• Select and optimize treatment based on:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Age</li> <li>— Agent mechanism of action</li> <li>— Comorbidity status</li> <li>— Potential for significant AEs</li> </ul> </li> <li>• Generally, biologics are considered first-line options followed by JAK inhibitors</li> <li>• JAK inhibitors may be a good first-line choice for patients who:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fail initial biologic therapy</li> <li>— Have needle aversion</li> <li>— Require a rapid onset of action</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Selecting a Biologic Therapy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Both dupilumab and tralokinumab are efficacious long-term options with manageable safety profiles</li> <li>• Consider dupilumab for patients with comorbid asthma, eosinophilic esophagitis, and/or chronic rhinosinusitis with nasal polyps, given its indications for these conditions</li> </ul> <p><b>Selecting a JAK Inhibitor Therapy<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Based on published meta-analyses:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Consider baricitinib, where available, for moderate AD</li> <li>— Consider upadacitinib or abrocitinib for severe AD</li> </ul> </li> </ul> <p><small>1. Torgga A, et al. J Clin Med. 2022;11:4012</small></p>	<p>E che dire della personalizzazione della terapia? Quando si sta cercando di scegliere tra farmaci biologici come dupilumab e tralokinumab e gli inibitori orali delle JAK, ci sono molti elementi di cui tenere conto. Uno è l'età, ad esempio, se un paziente ha 2 anni in questo momento, l'unico farmaco approvato per i pazienti dai 6 mesi in su è dupilumab. Un altro è il meccanismo d'azione; si deve esaminare la comorbilità, qualcuno ha molti fattori di rischio cardiovascolare, qualcuno ha una lunga storia di coaguli di sangue? E si deve pensare a potenziali eventi avversi significativi. In generale, dato il periodo di tempo trascorso dall'approvazione di questi farmaci, dupilumab e altri farmaci che inibiscono IL-4 e IL-13, farmaci biologici, sono generalmente considerati opzioni di prima linea. Anche gli inibitori delle JAK possono essere una buona opzione di prima linea in determinate circostanze, in caso di mancata risposta alla terapia biologica iniziale, se il paziente ha avversione all'ago o se il paziente richiede un'azione rapida. Gli inibitori orali delle JAK agiscono molto rapidamente aiutando a migliorare, a volte entro una o due settimane; quindi i pazienti che necessitano di un'azione molto rapida o hanno un'avversione agli aghi possono beneficiare dell'uso di inibitori orali delle JAK. E come ho detto prima, gli inibitori delle JAK sono approvati dai 12 anni in su. Quando si sceglie una terapia biologica, si deve tenere presente il profilo di sicurezza e, come sapete, dupilumab è in effetti approvato anche per l'asma; quindi se un soggetto soffre di asma, esofagite eosinofila o polipi nasali, dupilumab potrebbe essere preferibile. Per quanto riguarda gli inibitori orali delle JAK, tenete presente che baricitinib, non è ancora stato approvato dalla FDA, ma è approvato dall'Europa. È più probabile che venga utilizzato per la dermatite atopica moderata, mentre upadacitinib o abrocitinib possono essere utilizzati per la dermatite atopica grave e moderata.</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

53.

### Patient Case: Asian Woman With Moderate-to-Severe AD

- **Patient:**
  - Female, 54 years old, Asian ethnicity
- **Medical History:**
  - Diagnosed with moderate-to-severe AD in young adulthood
  - Smoker (estimated 20 pack years)
  - Type 2 diabetes mellitus and hypertension, well-controlled with medication
- **Symptomatic Presentation:**
  - Widespread, erythematous patches on face, neck, upper/lower limbs, and hands
  - Lesions are well-demarcated with both flexural and extensor distribution
- **Impact on Quality of Life:**
  - Has affected the patient's professional life, leading to work limitations and missed opportunities
  - Psychological distress and anxiety due to appearance-related concerns and societal pressure
  - Limited social interactions and avoidance of public places due to self-consciousness



Images reproduced for educational purposes only from National Eczema Association

53

Ecco un'altra paziente. Si tratta di una donna asiatica di 54 anni affetta da dermatite atopica da moderata a grave sin dall'inizio dell'età adulta. È una fumatrice, con consumo stimato di 20 pacchetti all'anno. Ha anche diabete di tipo 2 e ipertensione. Ma entrambi sono ben controllati con i farmaci. La paziente presenta chiazze eritematose diffuse su viso e collo, arti superiori e inferiori e mani. Le sue lesioni sono ben delimitate con distribuzione sia nelle aree flessorie che in quelle estensorie. E questo ha avuto un forte impatto sulla sua qualità di vita. Ha influenzato la sua vita professionale. Ha dovuto prendersi giorni di ferie dal lavoro e di conseguenza ha perso opportunità di promozione. Ha un grosso disagio psicologico e ansia causati del suo aspetto, e a volte si sottrae a occasioni di socializzazione a causa dell'aspetto della sua pelle. In realtà limita le sue interazioni sociali ed evita i luoghi pubblici a causa della sua bassa autostima per via della dermatite atopica. Quindi, quando si decide [per] un farmaco, in questo caso, si deve prendere in considerazione il fatto che la paziente ha una grave dermatite atopica che coinvolge molte aree della superficie corporea, e ha anche il diabete di tipo 2, l'ipertensione, è una fumatrice, e quindi ha molteplici fattori di rischio cardiovascolare. In una paziente come questa, sarebbe opportuno non optare subito per gli inibitori orali delle JAK. Si potrebbe considerare uno degli agenti biologici.

54.

### Assessment of Treatment Response in SoC Populations With Moderate-to-Severe AD

- **Utilize existing assessment tools with demonstrated concordance:**
  - While there may not be specific validated tools for SoC, studies have shown that certain tools, such as the PO-SCORAD, have shown good correlation with SCORAD in patients with SoC<sup>1</sup>
- **Account for variations in disease presentation:**
  - Recognize that AD may present differently in SoC populations, and adapt assessment criteria accordingly
- **Evaluate treatment response holistically:**
  - Incorporate both objective measures and patient-reported outcomes to assess treatment response comprehensively
- **Monitor for pigmentary changes:**
  - Be attentive to any changes in pigmentation that may occur as a result of TCS that can complicate skin assessment



Images reproduced for educational purposes only from PO-SCORAD: Version 5.0 (Webview app). Photo: National Eczema Foundation. <https://www.necema.org>

<sup>1</sup>Page 2. doi:10.1111/ced.14000

54

Quando si valuta la risposta al trattamento nella pelle di colore, ci sono alcuni strumenti che si possono utilizzare in modo da avvalersi delle valutazioni esistenti. Sebbene possano non esserci strumenti convalidati per la pelle di colore, gli studi hanno dimostrato che alcuni strumenti come il PO-SCORAD si sono dimostrati efficaci sia nelle persone di colore che in pazienti con diverso colore della pelle. Bisogna ammettere che la dermatite atopica può presentarsi in modo diverso nelle popolazioni di colore e la Dott.ssa Susan Taylor ha fatto un lavoro straordinario considerando la differenza con cui si presenta nelle persone di colore rispetto ai pazienti bianchi. Sarebbe inoltre opportuno considerare il trattamento in modo olistico. Bisogna esaminare le misure oggettive, ma anche i risultati riferiti dai pazienti. In che modo questo influisce su di





## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

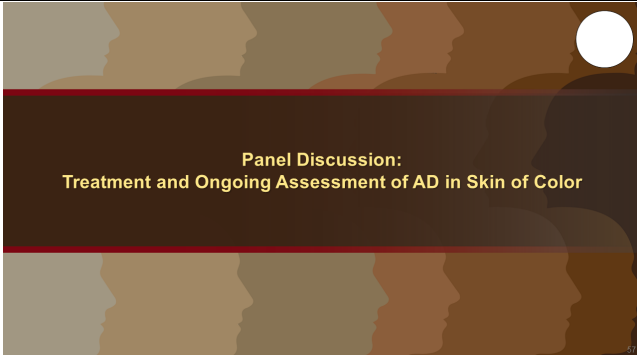
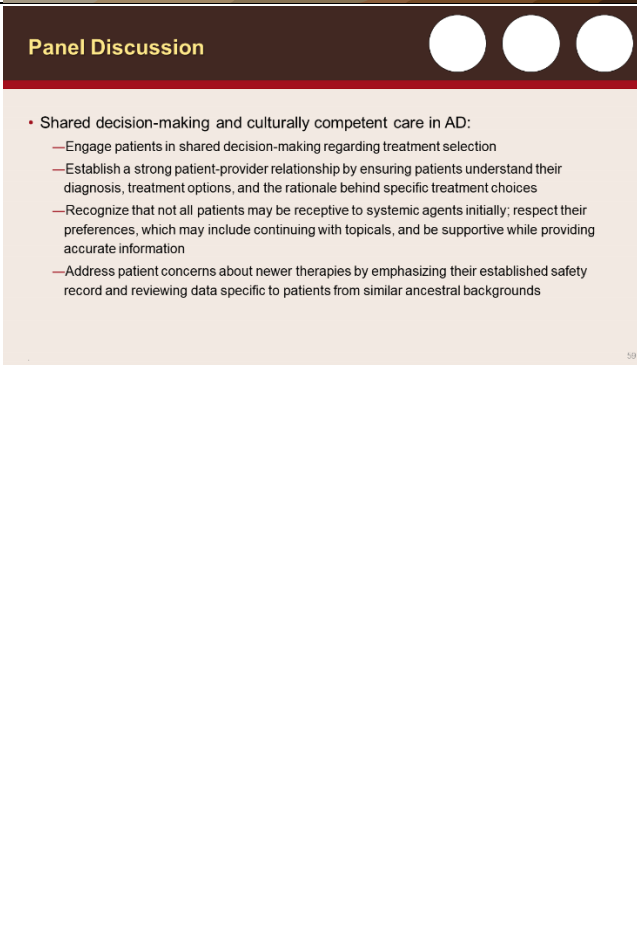
Impatti su individui con pelle di colore

		<p>antibiotico si può usare. Gli antibiotici come la doxiciclina sono generalmente per pazienti dai 9 anni in su, quindi una volta trattata questa super infezione, si possono impiegare potenzialmente dei topici. Ma a seconda della gravità, potrebbe anche essere necessario intensificare la terapia con un farmaco biologico o con un inibitore delle JAK. E al momento, gli inibitori orali delle JAK non sono approvati dalla FDA per i pazienti di età inferiore ai 12 anni. Quindi, l'unico biologico che questo paziente potrebbe usare, se questo paziente avesse bisogno di una terapia aggiuntiva, sarebbe dupilumab.</p>
56.	 <p><b>Overcoming Access Barriers to AD Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1 Identify barriers:</b> Financial constraints, geography, wait times, language, and limited specialized services can hinder access.</li><li><b>2 Telemedicine:</b> Use virtual consultations to provide remote access and reduce in-person visits.</li><li><b>3 Multilingual staff:</b> Employ team members who can effectively communicate with diverse patients.</li><li><b>4 Flexible scheduling and extended hours:</b> Offer convenient appointment options to accommodate patients' availability.</li><li><b>5 Patient education:</b> Provide resources for self-care and prevention to reduce office visits.</li><li><b>6 Support and advocacy groups:</b> Utilize organizations such as the National Eczema Association<sup>1</sup> and Abtgether Eczema<sup>2</sup> for patient support, education, and advocacy and to enhance access.</li><li><b>7 Affordability options:</b> Inform patients about potential assistance programs that can help make treatment more affordable.</li><li><b>8 Clinical trial participation:</b> Encourage eligible patients to participate in clinical trials for access to innovative therapies.</li><li><b>9 Mobile clinics:</b> Bring dermatological care to underserved areas through outreach programs.</li></ol> <p><small>1. National Eczema Association. <a href="https://nationaleczema.org/">https://nationaleczema.org/</a> 2. Abtgether Eczema. <a href="https://abtgethereczema.org/">https://abtgethereczema.org/</a></small></p>	<p>Ma in che modo stiamo superando le barriere che impediscono l'accesso alla gestione della dermatite atopica? Come ho detto in precedenza, il paziente di prima aveva problemi di barriera linguistica, aveva l'eczema da molti anni ed era la prima volta che si presentava [dal] dermatologo. Quindi, possiamo fare di meglio. Una cosa da fare è sicuramente identificare gli ostacoli: ci sono vincoli finanziari, tempi di attesa geografici, barriere linguistiche. Cosa possiamo fare per superare tutti questi ostacoli? Potremmo offrire orari flessibili, a volte un orario dalle 8:00 alle 16:00 potrebbe non essere sufficiente per consentire ai pazienti di prendere appuntamento. Prolungare l'orario di lavoro per accogliere più pazienti potrebbe essere una soluzione. Occorre avere più opzioni di accesso, che si tratti del proprio ambulatorio o in termini di conoscenza da parte dei pazienti di alcune delle opzioni che le aziende farmaceutiche offrono loro. Potrebbero non essere in grado di permettersi le terapie. Alcune aziende farmaceutiche offrono anche opzioni e programmi di assistenza ai pazienti. Se i pazienti non rientrano in questi programmi di assistenza, si possono offrire loro servizi di telemedicina. È auspicabile anche informare i pazienti e informarli in modi culturalmente rilevanti e nella loro lingua preferita. Invitarli semplicemente a consultare un opuscolo potrebbe non funzionare se quell'opuscolo è in inglese e il paziente non parla quella lingua. Inoltre, se il paziente è idoneo, si può consigliare eventualmente la possibilità di partecipare a qualche studio clinico. E nel personale della struttura sanitaria, sarebbe opportuno avere addetti multilingue e, se non</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>si dispone di personale multilingue, esistono servizi che si possono offrire e che consentono di parlare spagnolo o qualsiasi altra lingua. Inoltre, questi pazienti, tutti e tre questi pazienti, hanno avuto, come ho già detto, un impatto sulla qualità della loro vita. Quindi, dovremmo avvalerci di gruppi di sostegno ai pazienti che svolgono un lavoro davvero straordinario aiutando a mettere in contatto i pazienti con risorse e opportunità che possono migliorare la qualità della loro vita e avere così una comunità di supporto per la loro condizione. E le cliniche mobili sono un'altra opzione in aree poco servite, che ci consentono di espandere il nostro raggio d'azione.</p>
57.		<p>Bene. E con questo concludo la mia presentazione. E cedo la parola per il dibattito.</p>
58.		<p>È stata una presentazione eccellente. Per cominciare ti faccio io una domanda da una prospettiva pratica, e mi complimento con te per l'ottimo lavoro svolto nella valutazione di tutti i dati e di tutte le opzioni. Come possiamo mettere tutto insieme da una prospettiva decisionale condivisa? Voglio dire da una prospettiva che tenga conto del tentativo di fornire un'assistenza culturalmente competente a diverse popolazioni di pazienti? Direi che i pazienti non sono solo dati e punteggi. Si può guardare un paziente e dire: "OK questo paziente ha una grave dermatite atopica, ha bisogno di dupilumab o ha bisogno di un inibitore orale delle JAK". Ma i pazienti devono arrivare fino a noi, devono salire a bordo. Se questa è la prima volta che visitate questo paziente e volete ricorrere subito a dupilumab, il paziente potrebbe rimanere un po' sorpreso, magari vuole capire meglio la diagnosi. Potrebbe voler capire meglio perché si sta scegliendo quel farmaco in particolare. È importante che i pazienti possano accettare e capire la diagnosi, e sentirsi a proprio agio con le opzioni di trattamento. Non tutti sono entusiasti all'idea delle iniezioni. Non tutti sono</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>entusiasti all'idea del monitoraggio di laboratorio che può essere necessario per gli inibitori orali delle JAK. I pazienti hanno bisogno di un monitoraggio di laboratorio al basale e talvolta hanno bisogno di un monitoraggio di laboratorio un paio di mesi dopo. Quindi, i pazienti devono capire qual è la diagnosi, e talvolta hanno bisogno di un secondo incontro prima di accettare un cambiamento radicale come nel caso dell'assunzione di dupilumab o tralokinumab, o di uno qualsiasi degli altri inibitori orali delle JAK. È importante assicurarsi che i pazienti siano consapevoli delle loro condizioni e si sentano a proprio agio con le decisioni che vengono prese durante la visita; questo aiuterà in maniera efficace a promuovere una migliore relazione a lungo termine in linea con il trattamento.</p> <p>Sono completamente d'accordo, e spesso i pazienti non saranno ricettivi alla prima visita con l'assunzione di un agente sistemico. Penso che sia di fondamentale importanza, come abbiamo detto prima, costruire quel rapporto con il paziente. Quindi, accadono due cose, molte volte vogliono solo ricorrere ad un trattamento topico giusto? Noi sappiamo che non necessariamente miglioreranno. Ma quando torneranno, diranno: "Beh, sa, non sto molto meglio", e solo allora saranno aperti a un'alternativa. Potrebbe volerci uno, due o tre appuntamenti; ma l'importante è non giudicare, non giudicare. I pazienti ci arriveranno? Dobbiamo solo essere lì di supporto e dare loro le informazioni corrette.</p> <p>Ben detto, sì, penso che sia molto vero. L'altro aspetto è che molte di queste terapie sono piuttosto nuove, e ho scoperto che alcuni pazienti si innervosiscono di fronte ai nuovi trattamenti perché non vogliono sentirsi come se fossero una cavia o sui quali vengono sperimentate nuove terapie. Quindi è importante comprendere i dati accertati relativi alla sicurezza ed essere in grado di esaminarli, conoscere bene quei dati ed essere in grado di fornire una valutazione rassicurante di tali dati, perché se non lo fai allora, non importa quanto pensiamo che questo farmaco sia giusto, il paziente non la vedrà necessariamente in quel modo e può essere riluttante a iniziare la terapia.</p>
--	--	---

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

		<p>Ma quando diciamo che ci sono dati di pazienti che somigliano alla situazione del paziente che ci sta davanti, con il suo stesso background ancestrale e che riguardano in particolare la sicurezza e l'efficacia, ciò va ben oltre la singola informazione.</p> <p>I pazienti di colore, in particolare i pazienti neri, sono diffidenti quando si tratta di studi clinici e sperimentazioni. Quindi quando nominate un farmaco che è stato approvato solo dal 2017, per alcune persone un tempo così breve dall'approvazione della FDA ad oggi potrebbe non essere sufficiente e potrebbe renderle nervose. È fantastico che le aziende farmaceutiche come quelle che producono dupilumab e anche farmaci più recenti come lebrikizumab, che non è ancora sul mercato, si stiano concentrando sul fornire informazioni su come funzionano queste terapie sui pazienti di colore perché avere quel pacchetto di dati e avere quelle informazioni da fornire ai pazienti può renderli più propensi ad accettare quel nuovo farmaco.</p>
59.	<p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Shared decision-making and culturally competent care in AD (cont)<ul style="list-style-type: none"><li>—Simplified dosing schedules (eg, injections every few weeks) may potentially enhance adherence, considering patients' preferences and busy lifestyles</li><li>—Discuss potential treatment-related adverse events candidly, providing reassurance based on personal experience while acknowledging patients' concerns</li></ul></li></ul>	<p>Penso che ci siano anche considerazioni pratiche perché alla maggior parte dei pazienti non piace l'idea di sottoporsi a un'iniezione, ed è comprensibile. D'altra parte, dal punto di vista dell'aderenza alla terapia, a volte è molto più facile fare un'iniezione una volta ogni 2 settimane o ogni 4 settimane anziché ricordarsi di prendere una pillola una volta al giorno. E se si è impegnati con il lavoro o a casa e ci sono altri problemi e fattori psicosociali che hanno un impatto sulla cura, fare un'iniezione a distanza di qualche settimana semplifica molto la vita dei pazienti, e può talvolta essere un'opzione pragmatica più adatta a loro.</p> <p>Penso che l'altra cosa davvero importante per questi pazienti, o meglio per questa popolazione di pazienti, sia esaminare gli eventi avversi o i potenziali eventi avversi in modo pratico. Noi rispondiamo a qualsiasi domanda, forniamo percentuali quando le abbiamo, ma sono fatti e numeri che spaventano. Se proprio vogliamo dirla semplice. Fanno paura ai pazienti, fanno paura a noi. Ma se esamini i dati e sei rassicurante, è importante informarli che questa è una possibilità. Dico sempre loro ciò che ho visto e ciò che non ho visto questo nella mia esperienza. Ma penso che ci sia ancora molta strada da fare.</p>

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

60.

### Panel Discussion

- Monitoring treatment efficacy in patients with SoC:
  - Utilize patient-reported outcomes, such as the POEM score, to assess treatment efficacy and monitor the patient's subjective experience throughout visits
  - Perform a thorough physical exam, focusing on parameters such as plaque size reduction and itch relief
  - Patient feedback, specifically when they express improvement in eczema symptoms and shift their concern towards pigmentary issues, can indicate progress in treatment efficacy
  - Recognize differences in patient feedback between conditions such as acne and eczema, where eczema patients' subjective improvements extend beyond visible signs

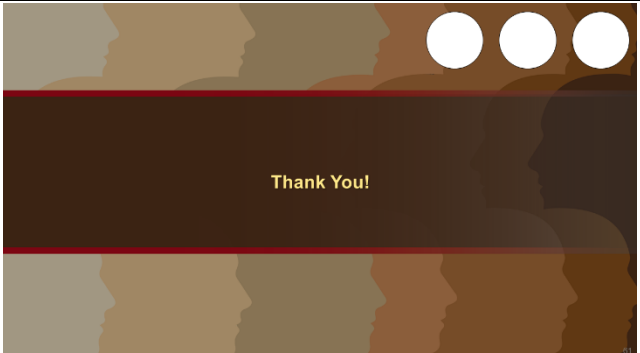
E questo si ricollega un po' a quello che abbiamo detto nell'ultima discussione. Una volta presa la decisione, la decisione condivisa, i pazienti accettano la terapia. Quali sono alcune delle cose di cui si tiene conto, in particolare per monitorare l'efficacia del trattamento ad esempio?

L'ho detto prima, a me piacciono molto i risultati riferiti dai pazienti. Quindi, in realtà assegno il questionario del punteggio POEM più volte, al basale e durante la visita. E vedo che alla seconda visita, alla terza visita, alla quarta visita, lo stesso risultato riferito dal paziente può essere ottenuto con il punteggio POEM. È un modo semplice per sapere, ancora prima di entrare nella stanza, come sta il paziente riguardo alla sua condizione. Ma allo stesso tempo stai monitorando anche la dermatite atopica. Ad esempio, la dimensione delle placche sta diminuendo? Hanno meno prurito? In che modo influisce sulla qualità della loro vita? Fare quelle domande ai pazienti e condurre un esame obiettivo molto approfondito può davvero aiutare a farci un'idea migliore di come stanno funzionando le cose. E a volte il modo più semplice per scoprire se le cose stanno funzionando, è quando un paziente dice: "Ehi, il mio eczema sta meglio, solo la pelle è rimasta più scura." Questo è sempre un buon segno. Ciò significa che l'eczema sta passando in secondo piano. Ora si stanno concentrando sul pigmento, e questo mi fa sapere che abbiamo reso un ottimo servizio a questo paziente e ora stiamo solo cercando di trattare l'anomalia della pigmentazione, il che non è facile, ma almeno sappiamo che stiamo passando a una fase diversa del trattamento. Sì, al 100%. Rivedo i miei pazienti affetti da acne e loro dicono "Non sto meglio." E poi guardo e non [ci sono] papule o comedoni, mentre per loro non è cambiato niente. I pazienti affetti da eczema dicono invece di stare meglio perché il prurito è migliorato, stanno dormendo, non si sentono più così a disagio. Questi due disturbi sono come il giorno e la notte. Ottimi punti e grazie per questa meravigliosa discussione.

## Diagnosi e gestione della dermatite atopica negli individui con pelle di colore

Comprensione delle disparità nella diagnosi e nella gestione della DA:

Impatti su individui con pelle di colore

61.		<p>Vorrei ringraziare ancora una volta i miei colleghi per le loro eccellenti presentazioni e discussioni. E vorrei ringraziare il pubblico per la partecipazione.</p>
-----	---	--